



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
junto do adolescente com ideação suicida e/ou  
tentativa de suicídio**

**– Um processo de desenvolvimento de  
competências**

**Luiza Maria Pinheiro Benatti**

**Docente Orientador: Professor Rui Inês**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou  
Tentativa de Suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de  
competências**

**Luiza Maria Pinheiro Benatti**

**Docente Orientador: Professor Rui Inês**

**Mestrado em Enfermagem em Associação**

**Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**Portalegre, 2020**

---

**INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA JUNTO DO ADOLESCENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO**  
**– UM PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

**Luiza Maria Pinheiro Benatti**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

**Júri:**

**Presidente:** Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Doutorada em Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

**Arguente:** Raul Alberto Carrilho Cordeiro (Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

**Orientador:** Rui Paulo Ramalho Inês (Especialista em Enfermagem, Decreto-Lei n.º 206 de 2009, de 31 agosto)

Professor Adjunto Convidado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

Data: 21 de Setembro de 2020

“A viagem não começa quando se percorrem distâncias, mas quando se atravessam as nossas fronteiras interiores. A viagem acontece quando acordamos fora do corpo, longe do último lugar onde podemos ter casa”

(Mia Couto, 2013, p. 86)



## AGRADECIMENTOS

Não sou hoje aquela que já fui um dia, este percurso que agora aqui venho descrever tem-me ensinado muito, não só sobre mim, mas também sobre aqueles que me rodeiam.

Esta viagem que me conduziu para fora das minhas fronteiras interiores só foi possível por aquilo que recebi daqueles que há muitos anos me acompanham e daqueles que só agora vim a conhecer.

É por isto que agradeço,

Agradeço a todos os jovens e famílias com quem cuidei e que muito me ensinaram sobre si e sobre mim,

Agradeço à equipa da UIPIA que tão bem me acolheu, que me apoiou, corrigiu e incentivou, foi com eles que consegui caminhar mais longe,

Agradeço em particular à Enfª Susana e à Enfª Lurdes pelo seu zelo, pelo seu encorajamento, pela sua paciência, pelas suas sempre sábias palavras e por serem o modelo vivo do EEESMP que um dia eu gostaria de ser,

Agradeço ao professor Rui Inês por me ter guiado neste processo e por me ter ajudado a chegar mais longe, por me ter desafiado a desafiar-me e por me ter sempre assistido em todo este processo,

Agradeço à Inês Serôdio por todo o seu apoio, longas conversas e entusiasmo arrebatador,

Agradeço a todos e a cada um dos meus colegas de mestrado que tanto me ensinaram e que estiveram sempre lá mesmo nos momentos mais escuros,

E, por fim, agradeço à minha família, por tudo, por estarem lá e por serem quem são,

A todos, por ter acordado fora de mim e longe do lugar onde podia ter casa e por mesmo assim, me terem feito sentir em casa, Obrigada!

## RESUMO

O suicídio na adolescência é um fenómeno complexo que reflete um intenso sofrimento do adolescente e que causa um impacto angustiante na sua família. Desenvolver respostas indicadas neste contexto é um imperativo, pelo que foi construída uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio. Para o efeito, procedeu-se a uma revisão *scoping* da literatura que procurou identificar as principais intervenções neste contexto de crise suicidária. As intervenções descritas na evidência foram integradas num referencial teórico de enfermagem, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. O resultado final foi submetido a validação junto de um conjunto de EEESMP com experiência de pelo menos 2 anos na prestação de cuidados junto de adolescente com comportamento suicidário. O resultados preliminares desta validação foram discutidos e analisados, tendo sido obtido um acordo teórico relevante.

Este processo permitiu, em parte, o desenvolvimento de competências do EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Em paralelo, foi desenvolvido um estágio na UIPIA que contribuiu também para os adquiridos ao nível deste conjunto de competências. A descrição do processo de aquisição destas competências e a reflexão sobre este desenvolvimento foram descritas neste relatório, cumprindo a sua principal finalidade.

**Palavras-chave:** Competência, Enfermagem Psiquiátrica, Ideação Suicida, Tentativa de Suicídio, Adolescente

## ABSTRACT

Suicide in adolescence is a complex phenomenon that reflects the intense suffering of the adolescent and causes a distressing impact on his family. Developing responses indicated in this context is imperative, so a proposal for an intervention plan with the adolescent with suicidal ideation and/or attempted suicide has been constructed. To this end, a scoping review of the literature was conducted that sought to identify the main interventions in this context of suicidal crisis. The interventions described in the evidence were integrated into a theoretical nursing reference, the Hildegard Peplau Theory of Interpersonal Relations. The final result was submitted to validation with a set of Psychiatric Nurses with experience of at least 2 years in providing care to adolescents with suicidal behavior. The preliminary results of this validation were discussed and analyzed and a relevant theoretical agreement was reached.

This process allowed, in part, the development of competencies of Psychiatric Nurse and of a Master in Nursing in the Area of Specialization of Psychiatric Nursing. In parallel, an internship at UIPIA was developed, which also contributed to those acquired at the level of this set of competencies. The description of the process of acquisition of these competencies and the reflection on this development were described in this report, fulfilling its main purpose.

**Key words:** Competence, Psychiatric Nursing, Suicidal Ideation, Suicide Attempted, Adolescent

## ÍNDICE DE APÊNDICES

**Apêndice I** - Proposta de Plano de Intervenção junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio

**Apêndice II** - Questionário de Validação da Proposta de Plano de Intervenção do EEESMP junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio

**Apêndice III** - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido distribuído aos enfermeiros inquiridos

**Apêndice IV** - Resultados preliminares da validação da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio

**Apêndice V** - Fundamentação da Intervenção Terapêutica em Grupo Mediada pelo Cinema

**Apêndice VI** - Plano de Sessão de Intervenção Terapêutica de Grupo mediada pelo Cinema

## ÍNDICE DE ANEXOS

**Anexo I** - Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Dimensões do processo de envelhecimento bem-sucedido na pessoa idosa” no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

**Anexo II** - Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Intervenções Paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros, à pessoa com demência avançada, no contexto hospitalar” nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

**Anexo III** - Certificado de apresentação do Póster “As intervenções de enfermagem junto da pessoa com Transtorno Obsessivo- Compulsivo: Um estudo de caso”, no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

**Anexo IV** - Certificado de preletora na Mesa “Psico-oncologia dos afetos” com o tema “Os Afetos nos Cuidados Paliativos”, nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Ed. - edição

et al. - et alli (e outros)

nº - número

p. - página

## **LISTA DE SIGLAS**

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

CCP – Certificado de Competências Pedagógicas

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

ECTS – European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

RIASE – Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento

SI – Serviço de Internamento

SU – Serviço de Urgência

SPRC - *Suicide Prevention Resource Center*

UC – Unidade Curricular

UIPIA - Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....</b>	<b>18</b>
1.1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	21
PARTE I - Plano de Intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.....	24
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>24</b>
<b>3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<b>4. DA EVIDÊNCIA À CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO JUNTO DO ADOLESCENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO.....</b>	<b>33</b>
<b>5. A INTERVENÇÃO JUNTO DO ADOLESCENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO À LUZ DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU.....</b>	<b>43</b>
<b>6. VALIDAÇÃO PRELIMINAR DA PROPOSTA JUNTO DOS EEESMP.....</b>	<b>50</b>
PARTE II - Análise reflexiva do processo de desenvolvimento de competências.....	59
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
7.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	61
7.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	76
7.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	103
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>122</b>
Apêndice I - Proposta de Plano de Intervenção junto do Adolescente com Ideação Suicida com plano e/ou Tentativa de Suicídio.....	123
Apêndice II - Questionário de Validação da Proposta de Plano de Intervenção do EEESMP junto do Adolescente com Ideação Suicida com plano e/ou Tentativa de Suicídio.....	126
Apêndice III - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido distribuído aos enfermeiros inquiridos.....	136

Apêndice IV - Resultados preliminares da validação da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio.....	138
Apêndice V - Fundamentação da Intervenção Terapêutica em Grupo mediada pelo Cinema....	143
Apêndice VI- Plano de Sessão de Intervenção Terapêutica de Grupo mediada pelo Cinema.....	148
ANEXOS.....	152
Anexo I - Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Dimensões do processo de envelhecimento bem-sucedido na pessoa idosa” no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.....	153
Anexo II - Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Intervenções Paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros, à pessoa com demência avançada, no contexto hospitalar” nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.....	155
Anexo III - Certificado de apresentação do Póster “As intervenções de enfermagem junto da pessoa com Transtorno Obsessivo- Compulsivo: Um estudo de caso”, no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.....	157
Anexo IV - Certificado de preleção na Mesa “Psico-oncologia dos afetos” com o tema “Os Afetos nos Cuidados Paliativos”, nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo .....	159

## INTRODUÇÃO

O exercício do enfermeiro especialista exige um domínio de competências comuns e de competências específicas numa dada área de especialidade, cujo desenvolvimento deve ser demonstrado. Da mesma forma, a obtenção do grau de Mestre depende da demonstração de aquisição de aptidões e capacidades em particular. Assim, o presente relatório diz respeito à demonstração do desenvolvimento destas competências e foi realizado no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promovido pela Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde compostas pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco e pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A presente edição decorreu sob a égide da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e teve a duração de 4 semestres compreendidos entre setembro de 2018 e junho de 2020.

Este documento surge no contexto da Unidade Curricular de Relatório e tem como finalidade, relatar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio Final, fazendo uma reflexão crítica fundamentada sobre o percurso realizado e demonstrando o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio a que se refere este documento ocorreu numa unidade de internamento de psiquiatria de infância e adolescência localizado em território continental português. Foi orientado pelo docente Rui Inês, EEESMP e Mestre em Ciências da Educação, na área da Psicologia da Educação, e pelas orientadoras do contexto Enfermeira Lurdes Simeão, EEESMP e Enfermeira Susana Correia, EEESMP e Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Consideraram-se reunidas as condições de contexto para a realização de um estágio que permitisse desenvolvimento de competências de EEESMP, em conformidade com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto; Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro), assim como o desenvolvimento de competências de Mestre conforme disposto no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que enquadra o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Este



Estágio Final decorreu ao longo do 3º semestre do curso de mestrado, entre os dias 17 de setembro de 2019 e 31 de janeiro de 2020 e contou com um total 388 horas de contacto que correspondem a 24 ECTS.

Sabendo que a competência em enfermagem tem uma componente de recursos pessoais e de mobilização das capacidades pessoais do enfermeiro (le Boterf, 2006; Phaneuf, 2005), o processo de aquisição de competências não se pode referir apenas às atividades e intervenções desenvolvidas neste estágio, sob pena de se escrever sobre um processo truncado que não começou verdadeiramente no primeiro dia do Estágio Final, mas muito antes.

Ao longo da nossa prática clínica como ECG temos construído as fundações que permitiram a edificação das competências descritas neste documento em apreço. É por isto que faremos algumas alusões a este percurso que conta com 10 anos em exercício, quatro dos quais em serviços de internamento agudo de psiquiatria de adultos. Além disto, para a aquisição destas competências contribuíram ainda a frequência das unidades curriculares do primeiro ano deste curso de mestrado e o Estágio I, efetuado na mesma Unidade/Instituição e sob a mesma orientação, a que correspondem 10 ECTS num total de 270 horas de estágio realizadas entre 20 de maio e 28 de junho de 2019. A conjugação de todas estas atividades e aprendizagens permite a descrição do desenvolvimento das competências e, ao leitor, a compreensão de todo este processo cumulativo que se quis sempre integrador.

Sabemos que a avaliação do Cliente, pelo EEESMP, deve ser guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento e respostas humanas em situações de saúde mental e que este está na base da construção de um diagnóstico de enfermagem, sempre validado com o Cliente (OE, 2011). Nesta linha de raciocínio, a “especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital” (OE, 2011, p. 2). É possível daqui inferir que a relação terapêutica dará a este processo uma condição unificadora pois será ela o fio condutor para a construção de todas estas competências.

Deste modo, o desenvolvimento de competências de EEESMP procura versar sobre a aquisição de competências de avaliação, de planificação e de intervenção, implicando sempre um elevado conhecimento de Si, enquanto principal instrumento do exercício profissional nesta

área de especialização em enfermagem. Assim, e mobilizando as competências específicas do EEESMP, mas não sendo já exaustivos, importa referir que este profissional identifica os problemas e necessidades específicos, no âmbito da saúde mental, do indivíduo, família ou comunidade e intervém sobre estes utilizando as suas competências de avaliação, diagnóstico, planeamento e intervenção.

Gerada de uma inquietação nossa prévia ao Estágio Final e que foi francamente potenciada por este, tomámos a decisão de dedicar grande parte do desenvolvimento das nossas competências à compreensão do fenómeno do comportamento suicidário na adolescência e à intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio. Para tal, sabemos que o suicídio na adolescência é um fenómeno complexo e o reflexo de um intenso sofrimento do adolescente. Além disto, à adolescência correspondem importantes transformações físicas, sociais e psicológicas e esta constante necessidade de adaptação à mudança é, em si mesma, causadora de stress (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Se a este processo se acrescentarem as pressões na escola, as pressões sociais e eventuais acontecimentos com potencialidade para mudar o curso da vida, a adolescência poderá tornar-se de facto um momento muito angustiante no desenvolvimento do indivíduo (Cerqueira-Santos, Neto & Koller, 2014). É também na adolescência que existe uma maior tendência para o comportamento impulsivo e glorificação do risco (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Globalmente, o suicídio representa a terceira causa de morte nos jovens entre os 15 e os 24 anos de idade (DGS, 2013), número que ficará aquém da realidade, dada a subdeclaração do suicídio (Moreira & Bastos, 2015). Oliveira, Amâncio & Sampaio (2001), numa amostra de 628 adolescentes portugueses, identificaram ideação suicida em 48,2% dos indivíduos. Embora não lográssemos encontrar informação mais recente, que nos permitisse indicar, em absoluto, a incidência, ou prevalência da ideação suicida na população jovem portuguesa, os dados que se conhecem remetem-nos para um fenómeno relevante e de interesse para a saúde mental.

A DGS (2013) mobiliza um *continuum* no comportamento suicidário, colocando no início deste espectro as (i) ideias de morte, que se podem desenvolver numa (ii) ideação suicida sem plano, que pode, por sua vez, evoluir para uma (iii) ideação suicida com plano, para uma (iv) tentativa de suicídio e, por fim num (v) suicídio consumado. Para a evolução deste comportamento concorrem vários fatores, sejam eles precipitantes do comportamento, fatores de risco que podem potenciar este processo e fatores protetores que podem travá-lo.

O suicídio na adolescência, pela sua complexidade, carece de abordagens multidisciplinares e integradas que envolvam o adolescente, a sua família e a comunidade (Sharaf, Thompson & El-Salam, 2016). Neste contexto, o EEESMP, no âmbito das suas competências, deve promover uma abordagem integrada do risco do suicídio, baseada em evidência.

Da análise da evidência sobre o fenómeno constatámos que em Portugal o programa “+ Contigo” (Santos et al., 2014), de enorme mérito, tem um enfoque específico na prevenção do suicídio ao nível das medidas universais e seletivas assim como nas medidas de pósvenção dirigidas a sobreviventes<sup>1</sup>. Quanto às medidas seletivas, não encontramos na literatura estudos ou projetos que conceptualizem e sistematizem intervenções específicas do EEESMP junto do adolescente em crise suicidária, leia-se ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio em Portugal.

Assim, no desenvolvimento das competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP, pretendemos construir uma proposta de plano que suportasse intervenções do enfermeiro especialista a este nível de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.

Consideramos importante salientar que este relatório visa a análise de um percurso e a demonstração do processo de construção de competências de EEESMP. Todo o trabalho realizado em torno de uma proposta de abordagem específica do EEESMP ao fenómeno da crise suicidária no adolescente, inscreve-se neste amplo percurso de desenvolvimento de competências académicas e profissionais. Entendemos que o aprofundamento da reflexão sobre o fenómeno do suicídio na adolescência e a construção da proposta de plano de intervenção apresentada, não só nos ajudam a melhor compreender e agir sobre uma realidade que nos inquieta, como também, e acima de tudo, demonstram adquiridos no processo de desenvolvimento de competências, a que nos propomos com este relatório.

Posto isto, definimos como objetivos para este relatório:

- Descrever as atividades e aprendizagens desenvolvidas durante o Estágio Final:

---

<sup>1</sup> O conceito de sobrevivente aqui mobilizado é o da DGS (2013) em que sobrevivente é o familiar, amigo ou pessoa próxima de um indivíduo que consumou suicídio e que está naturalmente mais vulnerável pela exposição direta a este fenómeno.



- Descrever as etapas e resultados preliminares da atividade de elaboração de uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.
- Analisar reflexivamente o percurso realizado na construção de aprendizagens.
- Evidenciar do percurso e da sua análise, os adquiridos em termos de desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP.

Este relatório, constitui-se igualmente como instrumento de partida para provas públicas. O exercício de analisar o percurso realizado e seus adquiridos é, em si mesmo, um processo de aprendizagem. Sintetizá-lo num documento é um desafio. Poder discutí-lo publicamente será uma oportunidade de a ele voltar e de nele (re)aprender.

Deste modo, iniciamos esta relatório com uma descrição pormenorizada do local de estágio e das oportunidades que este proporcionou, afinal, as competências que se pretendem desenvolver estão intrinsecamente relacionadas com o contexto onde se desenvolvem e com os recursos disponíveis. Ainda dentro desta caracterização do local de estágio, definiremos a problemática que servirá de mote para a construção da nossa proposta de plano de intervenção. Esta problemática estará fundamentada não só em dados estatísticos do local de estágio, mas também em dados estatísticos nacionais e internacionais de elevada relevância, assim como no quadro de competências do EEESMP e de Mestre.

Segue-se a explicitação da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e as suas implicações. Tal como descreveremos adiante, foi desenvolvida uma revisão *scoping* que procurou identificar as intervenções desenvolvidas pelo EEESMP junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, que foi organizada no referencial teórico da Teorias das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. A referida proposta do plano de intervenção foi submetida a um processo de validação que, não obstante não se ter obtido uma amostra significativa, foi objeto de discussão relativamente a alguns resultados preliminares.

Finda esta primeira parte, encontraremos na segunda parte uma reflexão criteriosa, detalhada e fundamentada do processo de aquisição de competências de EEESMP desenvolvido não só durante o Estágio Final, mas também na construção desta proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.



Procurámos que esta segunda parte fosse uma demonstração da integração das competências numa procura sempre atualizante das nossas capacidades e potencialidades.

Terminamos este percurso reflexivo com a explicitação do desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP.

Por último, importa referir que o presente relatório segue as normas do Novo Acordo Ortográfico e tem uma referenciação de acordo com a norma da American Psychological Association (Universidade de Aveiro, 2015).

## **1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

O presente relatório diz respeito a um percurso de desenvolvimento de competências que está natural e intrinsecamente associado ao local de estágio. Assim, importa então caracterizá-lo de uma forma genérica que ao leitor permita compreender as linhas gerais de atuação da instituição e do serviço e de que forma estas se interligam com os objetivos e o processo por nós desenvolvido, assim como a razão da sua escolha como local de estágio.

Desde o final da licenciatura (CLE), em 2010, tivemos oportunidade de exercer atividade como enfermeiros de cuidados gerais em serviços de internamento de psiquiatria de adultos. É neste contexto, de necessidade de construção sólida de competências na área da psiquiatria e da saúde mental que optámos por desenvolver o Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP. Tomada esta decisão, importou compreender quais as principais lacunas em experiência para o desenvolvimento destas competências. Neste intenso processo de reflexão foi identificada uma considerável lacuna na prestação de cuidados na área da psiquiatria e da saúde mental junto da criança e do adolescente. Identificada esta lacuna, tornou-se natural a escolha de um local de estágio na área, o que foi feito.

O local de estágio escolhido foi então um departamento de pedopsiquiatria em território continental português. Este departamento integra várias valências: Psiquiatria do Bebê (até aos 4 anos) nomeadamente a Unidade da Primeira Infância, uma consulta de Bebés irritáveis, uma consulta de bebés silenciosos, uma consulta de crianças em idade escolar (dos 4 aos 12 anos), uma consulta de Adolescentes (dos 13 aos 18 anos), a UIPIA (até aos 17 anos e 364 dias) e a valência de hospital de dia para crianças em idade escolar e outra para adolescentes. Inclui ainda uma urgência permanente e específica e um serviço de internamento específico para indivíduos entre os 15 e os 25 anos de idade. Este departamento desenvolve também um importante e completo trabalho na área da psiquiatria de ligação, com apoio aos adolescentes internados e na consultoria e formação aos profissionais de outros serviços.

Todas estas valências desenvolvem a sua atividade no concelho em que o departamento está inserido. Os dois estágios referentes ao percurso de desenvolvimento destas competências foram então realizados na UIPIA.

A missão de todo o departamento é a prestação de cuidados diferenciados e de excelência à criança e adolescente, incluindo a avaliação e a intervenção terapêutica nos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes, assim como o apoio às suas famílias.

Na UIPIA exercem atividades 22 enfermeiros, dos quais 14 são EEESMP. O serviço também conta com a colaboração de três médicos pedopsiquiatras, dois psicólogos, um psicomotrocista, um terapeuta ocupacional e um técnico superior do serviço social.

Quanto à organização dos cuidados de enfermagem, o método de trabalho é por enfermeiro de referência. As equipas de enfermagem estão organizadas pelo desenvolvimento das atividades terapêuticas de grupo que dinamizam. Estas atividades estão distribuídas diariamente com uma repetição semanal e dividem-se pelo principal tipo de mediador utilizado. À segunda-feira é desenvolvida atividade de grupo terapêutica mediada pelo drama, à terça-feira é desenvolvida atividade de grupo terapêutica mediada pela dança e pelo movimento, à quarta-feira é desenvolvida atividade de grupo terapêutica mediada pela arte, à quinta-feira é o dia da atividade de grupo terapêutica de psicoeducação, à sexta-feira desenvolve-se atividade de grupo terapêutica mediada pelo cinema, ao sábado procede-se à promoção do auto e do heterocuidado e ao domingo desenvolvem-se técnicas de relaxamento.

Estas atividades não esgotam todo o processo de intervenção desenvolvido pelos enfermeiros, apenas estruturam determinados aspetos e momentos desta intervenção que é também desenvolvida em momentos individuais e em grupo não incluídos nestas atividades descritas e que, naturalmente, se enquadram na intervenção multidisciplinar da UIPIA. Deste modo, para cada jovem internado é desenvolvido um projeto terapêutico com este e com a sua família e que é validado e discutido diariamente em reunião multidisciplinar. O enfermeiro de referência age como dinamizador deste projeto terapêutico trabalhando com o jovem, no seio da equipa multidisciplinar, ao nível individual e no contexto da intervenção em grupo, quer seja ela estruturada (como as atividades terapêuticas supracitadas) ou não (no caso de momentos mais informais de gestão do ambiente terapêutico). É ao enfermeiro de referência que cabe o desenvolvimento do processo terapêutico individual e em quem recai a responsabilidade de desenvolvimento de determinados aspetos terapêuticos do internamento que carecem desta relação dual.

No que ao presente relatório diz respeito, as atividades de intervenção terapêutica de grupo que serão descritas adiante relacionam-se com a terapia mediada pelo movimento e pela dança

e à terapia mediada pelo cinema. Foram estas as atividades por nós mais frequentadas e dinamizadas durante o estágio.

Apesar de se tratar de um internamento pediátrico, a família não pode permanecer a totalidade do tempo de internamento junto da criança ou adolescente. Pelas características particulares do internamento e pela necessidade de muitas vezes intervir sobre o comportamento dos jovens, a presença da família é garantida diariamente mas apenas no tempo em que decorre a visita que varia de horário consoante se tratar de dia de semana, 2 horas, ou de fim-de-de-semana, 4 horas. Estas visitas decorrem em ambiente protetor e em que está sempre presente o enfermeiro para intervir sempre que necessário e, em especial, em caso de necessidade de mediação de conflito ou angústia tanto do jovem como da família

Nesta unidade de internamento os principais motivos de internamento dos adolescentes dizem respeito especialmente aos comportamentos suicidários, aos comportamentos auto-lesivos, às alterações do comportamento e às perturbações do comportamento alimentar. Estes motivos de internamento não excluem outras situações, como perturbações do desenvolvimento, no entanto, é menor o número de jovens internados com este tipo de diagnóstico. O comportamento suicidário é, de facto, uma importante e frequente causa de internamento nesta unidade e verifica-se especialmente na sua população adolescente. Quanto às idades, os adolescentes constituem a população mais frequentemente internada. No período de ambos os estágios a que a este relatório diz respeito, apenas foram internados 10 indivíduos com idade inferior aos 12 anos, num universo de 86 jovens.

Como se compreende, este é um local rico em oportunidade de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, quer das competências comuns, quer das competências específicas do EEESMP. Olhando para o referencial de competências do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto; Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) neste local de estágio, como descreveremos em sede própria, pudemos aprofundar competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Sendo um local de elevada especificidade de intervenção em saúde mental, este tornou frutuoso o nosso caminho de aquisição de competências específicas do EEESMP. Neste local pudemos desenvolver um elevado conhecimento de nós próprios, assistir a pessoa, neste caso a criança e o jovem, na otimização



da sua saúde mental, podemos ajudar a criança, o jovem e a família na recuperação da saúde mental e tivemos a oportunidade de prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à criança, jovem e família de forma a recuperar a sua saúde. Mas sobre este processo, discutiremos adiante.

### **1.1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA**

Ao analisar-se a descrição do contexto de estágio é evidente que há uma maior frequência de internamento de adolescentes, em relação à população mais jovem, e que o comportamento suicidário tem uma expressão significativa nos indivíduos internados. Veja-se a estatística referente ao período de duração destas duas unidades curriculares, dos 86 internamentos verificados, 28 (32,6%) disseram respeito a comportamento suicidário no adolescente. É com estes dados que se justifica em parte a escolha do tema. A restante justificação vem da nossa experiência profissional ao longo da nossa prática clínica, especialmente aqueles desenvolvidos no contexto de internamento de psiquiatria de adultos e à experiência na unidade curricular Estágio I.

Olhando para a componente de experiência profissional, foi claro um contacto frequente, em contexto de internamento de psiquiatria de adultos, com indivíduos com comportamento suicidário. Este contacto frequente despertou-nos para uma crescente necessidade de desenvolvimento de competências nesta área específica. Não só nos estimulando para uma melhor competência de avaliação do comportamento suicidário que fosse deveras eficaz e segura, mas também para o desenvolvimento de ferramentas de intervenção junto destes indivíduos.

Com esta preocupação em mente, no decorrer da UC Estágio I, tivemos o privilégio de prestar cuidados junto de adolescentes com comportamento suicidário. Neste particular contexto de prestação de cuidados, houve necessidade de reestruturar o modelo de prestação de cuidados prévio, não só no que diz respeito à avaliação, mas também no que diz respeito à intervenção. Recordando-nos de um caso em particular e que deu origem a um estudo de caso, foi óbvio o desafio no estabelecimento da relação terapêutica com este adolescente em particular, como também no desenvolvimento de estratégias de intervenção terapêutica junto dele. Este desafio

deu o mote não só para o supracitado estudo de caso, como também estabeleceu as raízes que estruturariam a escolha da problemática deste relatório e da sua abordagem na UC Estágio Final.

Tecendo uma pequena reflexão antes de avançar para a caracterização do comportamento suicidário no adolescente, é-nos claro o impacto que o desejo de um indivíduo cessar a sua vida tem em nós. De alguma forma é verdadeiramente inquietante identificar a desesperança de alguém que não quer viver o dia de amanhã, que vê no suicídio uma ferramenta necessária para o fim do sofrimento. É na tentativa de compreensão deste sofrimento e dos mecanismos associados a esta tomada de decisão que procurámos não só desenvolver intervenção nesta área durante o Estágio Final, mas também escrever este relatório. É neste processo que depositámos a esperança de compreender melhor todo este processo e de intervir de uma forma mais eficaz e plena de significado junto destes indivíduos.

Desta inquietação surgiu um trabalho exaustivo sobre comportamento suicidário no adolescente. Numa breve caracterização epidemiológica do fenómeno, nos adolescentes em Portugal, o suicídio foi a causa de morte de 2,8 jovens entre os 15 e os 24 anos por 100000 habitantes em 2014 (Morais Nunes, 2018). Esta estatística poderá estar aquém da realidade pela já aqui referida subdeclaração dos suicídios consumados (Moreira & Bastos, 2015) e existem alguns estudos que demonstram a prevalência de ideação suicida na população juvenil. Numa amostra de 628 adolescentes portugueses, foi identificada ideação suicida em 48,2% dos indivíduos (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001). Em 2014, numa amostra de 233 adolescentes, 10,7% apresentaram ideação suicida (Azevedo & Matos, 2014). Além disto, globalmente por cada suicídio consumado estima-se que ocorram cerca de 20 a 30 tentativas de suicídio na população adulta. Já nos adolescentes, estes números ascendem para as 100 a 200 tentativas por cada suicídio consumado, um número que inclui mais raparigas do que rapazes (OMS, 2014).

Desta pesquisa percebemos ainda que existem em Portugal estudos e programas de intervenção do EEESMP na área do suicídio adolescente, mas com o foco na prevenção e na pósvenção em contexto comunitário e escolar. Encontrámos reduzida literatura, nacional e internacional, sobre planos ou programas de intervenção por EEESMP na abordagem do adolescente, em contexto hospitalar, com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.

Sentindo esta inquietação e encontrando poucas respostas na literatura que nos ajudassem a desenvolver um trabalho integrado, eficaz e com significado para o adolescente e sua família, ficou-nos clara a necessidade de desenvolver um plano, ou programa de intervenção na área.

Almejámos com a construção deste programa não só estruturar a nossa intervenção, mas também potenciar o nosso processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

## **PARTE I - Plano de Intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio**

### **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA**

Posto isto, importa agora descrever sumariamente a problemática do comportamento suicidário na adolescência. Olhando para o comportamento suicidário de uma forma transversal na população, não podemos deixar de contactar com teóricos sonantes como Emile Durkheim (1951) e Shneidman que teorizaram sobre as razões que conduzem o indivíduo ao suicídio tanto numa abordagem sociológica (Durkheim, 1951) como numa abordagem mais individual, tal como definida por Shneidman (Leenaars, 2010).

No seu livro *Suicide: a study in sociology*, Durkheim (1951) define suicídio como “*death resulting directly or indirectly from a positive or negative act of the victim himself, which he knows will produce this result*” (Durkheim, 1951, p.44). Desta definição retira-se que o suicídio é um comportamento intencional desenvolvido pelo próprio, sabendo este que a morte será o resultado. Assim, o comportamento suicidário dirá respeito a comportamentos e pensamentos que o indivíduo desenvolve com o intuito de terminar a sua própria vida (DGS, 2013). Esta esfera de comportamentos distingue-se do comportamento auto-lesivo que, por definição não tem como objetivo ulterior o término da própria existência (DGS, 2013).

Durkheim, que apenas estudou o suicídio no adulto, distingue diferentes tipos de suicídio, no entanto, identifica a ausência de integração social como uma das suas causas mais prevalentes (Durkheim, 1951). É neste sentimento de exclusão e inadaptação que nasce um sofrimento intenso que, na ausência de outras estratégias, pode conduzir ao comportamento suicidário.

Apesar de o adulto e o adolescente viverem desafios diversos, enquanto fases diferentes do desenvolvimento psicológico humano, é possível que experimentem o sofrimento em intensidades semelhantes, assim como este sentimento de inadaptação aqui referido. A adolescência é um período da vida do ser humano a que dizem respeito desafios particulares. É nesta fase que o indivíduo trabalha a sua separação emocional dos pais, desenvolve uma maior consciência da sua identidade, identifica-se com o grupo de pares e inicia as suas experiências



românticas e sexuais que em muito contribuirão para a construção da sua identidade sexual (Hazen, Schlozman & Beresin, 2008).

Biologicamente é também verdade que o cérebro adolescente é diferente do do adulto. A maturação dos processos executivos e do córtex pré-frontal só está concluída no início da idade adulta, ao contrário do desenvolvimento da resposta emocional que é anterior, ainda que as competências para a sua regulação também estejam tendencialmente desenvolvidas no início da idade adulta e não antes (Shaffer & Kipp, 2010). Há uma vivência intensa da experiência emocional quando os processos para a sua regulação e para a tomada de decisão são ainda imberbes. O que parece contribuir para explicar esta glorificação do risco que se observa no adolescente (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

Na verdade, tal como o referem Hazen, Schlozman & Beresin (2008) é tarefa da adolescência, além desta construção de identidade pela experiência, o desenvolvimento de respostas que venham a melhorar a auto-regulação emocional e o controlo dos impulsos. Espera-se que no início da idade adulta já o adolescente tenha aprendido estratégias que lhe permitam gerir melhor tanto os seus impulsos, como a sua vivência emocional. Isto é, é na adolescência que se irão construir importantes fundações para os mecanismos de *coping* utilizados pelo adulto (Hazen, Schlozman & Beresin, 2008). Estas circunstâncias poderão tornar o adolescente mais vulnerável a situações de inadaptação e de exclusão, tal como descritas por Durkheim (1951).

Assim, compreende-se que, sendo este desenvolvimento um processo complexo e prolongado no tempo, o adolescente possa ainda não ter os mecanismos e as estratégias necessárias para gerir as várias dificuldades que a vida no seu dia-a-dia lhe venha a apresentar. O adolescente vive, então, de uma forma diferente o comportamento suicidário (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2012) e, naturalmente, a intervenção com os indivíduos nesta faixa etária assumirá características próprias.

Da avaliação dos adolescentes com comportamento suicidário, pode identificar-se um *continuum* deste comportamento que nem sempre é linear. Além disso, a sua classificação tem sido de difícil consenso ao longo dos anos (O'Connor & Pirkis, 2016). Assim, para efeitos deste relatório, optámos por recorrer à classificação utilizada pela DGS (DGS, 2013). Posto isto, as **ideias de morte** são o início da expressão deste fenómeno, **ideação suicida**, com ou sem plano, surge em seguida; já a **tentativa de suicídio** implica um ato deliberado de terminar a vida e que, por razão alheia à vontade do indivíduo, é frustrado; e o **suicídio consumado** é o término efetivo

da vida por mão do próprio (DGS, 2013). A tentativa de suicídio e o suicídio consumado correspondem aos atos suicidas (DGS, 2013). A crise suicidária inclui a ideação suicida com plano e a tentativa de suicídio (O'Connor & Pirkis, 2016).

Podemos elencar alguns fatores de risco e precipitantes importantes na compreensão da ideação suicida de cada adolescente. Neste relatório assumimos as definições da DGS (2013) para fator de risco e fator precipitante. Assim, fatores de risco “são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se” (DGS, 2013, p.45), já os fatores precipitantes do suicídio são acontecimentos de vida que potenciam o agravamento do comportamento suicidário já existente e que sucedem pouco tempo antes da sua expressão (DGS, 2013), para Jobes et al. (2019), estes fatores assumem o nome de *suicidal drive* pois representam os problemas atuais, emergentes ou não, que compelem o adolescente a considerar o suicídio.

Como não poderia deixar de ser, se a expressão do comportamento suicidário no adolescente é diferente da do adulto, também os fatores de risco e os fatores precipitantes assumem características próprias. No adolescente os fatores de risco podem ser individuais tal como ser do sexo masculino (no que diz respeito ao suicídio consumado, as raparigas apresentam maior probabilidade de tentarem o suicídio embora com menor letalidade, os rapazes têm maior taxa de suicídio consumado), a identidade sexual não heterossexual e a existência prévia de tentativas de suicídio. Incluem também a existência de alteração da saúde mental como as alterações do humor, especialmente a depressão e a ansiedade, a psicose, o abuso de substâncias e as perturbações do comportamento. Características psicológicas como a desesperança e a diminuição da autoestima são também fatores de risco relevantes, tal como um modelo de culpabilização excessiva e um *locus* de controlo externo. As vulnerabilidades da personalidade como o perfeccionismo, a impulsividade e a agressividade são também relevantes no aumento da probabilidade do comportamento suicidário (Primananda & Keliat, 2019; DGS, 2013; SPRC & Rogers, 2011; OMS, 2014; Shaffer et al., 2001). Os jovens com estratégias de *coping* pouco eficazes e competências pouco desenvolvidas para a resolução de problemas também têm um risco aumentado de apresentarem comportamento suicidário (Shaffer et al., 2001; Primandanda & Keliat, 2019).

Os fatores de risco familiares incluem a exposição a atos suicidas no grupo social, a existência de baixos níveis de comunicação entre os pais e o adolescente, uma reduzida coesão entre o adolescente e a família assim como a existência de disfunções no sistema familiar tais como expectativas elevadas e/ou irrealistas, autoridade excessiva ou inadequada, conflitos frequentes e sobreenvolvimento emocional (DGS, 2013, Shaffer et al., 2001). A existência de consumos abusivos ou doença aditiva nos membros da família é também um fator de risco relevante. A existência de história de violência na família também está relacionada com o aumento do comportamento suicidário (Zygo et al., 2019). O mesmo autor (2019) refere ainda que jovens oriundos de famílias monoparentais têm também uma maior probabilidade de desenvolverem estes comportamentos.

Nos fatores sociais a escola assume um papel importante, jovens com dificuldade nas relações sociais, isolamento ou padrão de resposta agressivo apresentam maior probabilidade de desenvolverem comportamento suicidário (DGS, 2013). O *bullying* é também um fator importante pois quer se olhe para as vítimas ou para os agressores, os jovens envolvidos neste comportamento disruptivo apresentam maior risco de suicídio (DGS, 2013). A existência de história prévia de abuso físico e/ou sexual também aumenta este risco (DGS, 2013). Além disto, Hazen, Schlozman & Beresin (2008) afirmam que o adolescente, particularmente no início da adolescência, está especialmente exposto à pressão do grupo de pares, infere-se com isto que a expressão neste grupo de comportamento suicidário, em qualquer das vertentes do seu *continuum*, poderá influenciar o adolescente a desenvolver também ele estes comportamentos que assume como estratégias de *coping* válidas por aprendizagem vicariante, ainda que patológicas.

Um fator de risco relevante é também a existência de estigma associado ao suicídio e que inibe a procura de ajuda junto das unidades de saúde (OMS, 2014), aumentando o fosso entre a população com necessidade de cuidados e os profissionais de saúde.

Dos fatores precipitantes/acontecimentos de vida que, por definição, podem desencadear o ato suicida, o acesso a meios letais surge na maioria da literatura consultada (DGS, 2013;; SPRC & Rogers, 2011, Santos et al (2012); Shaffer et al., 2001) como dos principais fatores precipitantes. A perda de um amigo ou o fim de uma relação amorosa é também relevante, assim como uma doença física ou a existência de conflitos familiares ou com colegas. A exposição ao suicídio nos *media* ou em grupos e fóruns virtuais dedicados ao tema também pode desencadear



este comportamento no adolescente vulnerável (DGS, 2013). Este processo de contágio do comportamento suicidário é descrito na literatura como Efeito Werther, em que a observação do comportamento suicidário em indivíduos com que o adolescente se identifica pode potenciar a adoção por este destes mesmos comportamentos, ainda que os processos e os esquemas mentais subjacentes e este fenómeno sejam ainda pouco compreendidos (Almeida, 2012). Mais uma vez, a vulnerabilidade do adolescente à exposição a este comportamento em grupos de referência pode desencadear o comportamento suicidário.

Contrabalançando estes fatores de risco e precipitantes, existem os fatores protetores. Estes fatores são aqueles que reduzem a probabilidade de o indivíduo experimentar este *continuum* de comportamento (SPRC & Rogers, 2011). Por outras palavras, são estratégias, mecanismos, recursos ou características intrínsecas do indivíduo que o protegem do comportamento suicidário, quer seja reduzindo a probabilidade do seu agravamento ou evitando inclusive o seu surgimento. Tratando-se então de recursos internos e/ou externos, na literatura estes fatores estão classificados em individuais e sociais.

Nos fatores protetores individuais elencam-se as características da personalidade e as competências sociais tais como a existência de estratégias de *coping* eficazes, estratégias adaptativas de resolução de problemas, sentimento de pertença a grupos familiares, comunitários ou institucionais (Primananda & Keliat, 2019; SPRC & Rogers, 2011). O sentimento de valor pessoal e a abertura para a mudança, nesta mesma linha de raciocínio, contribuem significativamente para a prevenção do comportamento suicidário (DGS, 2013).

Os fatores protetores sociais estão relacionados com a família e com a comunidade. Na família a existência de um sentimento de pertença, o suporte emocional, uma alta coesão familiar, uma comunicação eficaz e a partilha de interesses em comum, assim como o envolvimento mútuo protegem o adolescente do comportamento suicidário (DGS, 2013; OMS, 2014).

Na comunidade, a existência de laços sociais satisfatórios com colegas, amigos e professores e o suporte de pares são fatores protetores relevantes (DGS, 2013). O reforço de valores culturais e religiosos, como a pertença a um grupo religioso com valores comuns e relações de suporte parecem proteger o adolescente do comportamento suicidário (DGS, 2013, OMS, 2014). Uma rede de cuidados de saúde mental eficaz, presente e acessível é, sem dúvida, um fator protetor estratégico (SPRC & Rogers, 2011).



Ao analisar-se os fatores aqui descritos, encontram-se focos de intervenção em diferentes níveis, compreende-se que é importante não só a intervenção direta com o indivíduo, mas também que é necessário intervir com a família, com a comunidade em que o adolescente está inserido e também na própria organização da sociedade. Só neste tipo de abordagem integrada e global se poderá reduzir o impacto dos fatores de risco aqui descritos (tanto a nível macro como micro) e promover os fatores protetores que reduzem o risco e melhoram a capacidade do adolescente, da família, da comunidade e da sociedade intervirem sobre a complexidade deste fenómeno.

Intuem-se assim as três grandes áreas de intervenção no comportamento suicidário no adolescente e que também dizem respeito à intervenção com o adulto. São elas as medidas universais, as medidas seletivas e as medidas indicadas (DGS, 2013; OMS, 2014; Santos et al., 2012). As medidas universais visam a promoção da saúde mental e têm um especial enfoque na promoção dos fatores protetores dirigindo-se à população em geral e reduzindo o fosso entre as instituições de saúde e a população (Santos et al., 2012). As medidas seletivas dirigem-se a populações vulneráveis e visam fortalecer os recursos da comunidade. As medidas indicadas visam indivíduos em risco, com comportamento suicidário ou risco acrescido de o desenvolver (DGS, 2013). Estas medidas procuram garantir a avaliação e gestão do risco nestes indivíduos específicos, garantindo o acompanhamento dos indivíduos com alta de instituições de internamento, procurando estimular os recursos da comunidade e promovendo a formação dos profissionais de saúde que trabalham com este tipo de situações (OMS, 2014; Santos et al., 2012).

Particularmente, no que às medidas indicadas destes fenómenos devem implicar uma avaliação do comportamento suicidário, o que implica aferir a intencionalidade e, no caso da tentativa de suicídio, a letalidade do método utilizado (Shaffer et al., 2001). Esta avaliação obriga a determinação do risco de suicídio, dos diagnósticos concomitantes e dos fatores de risco e precipitantes envolvidos (Shaffer et al., 2001). Este processo, no contexto das abordagens indicadas, deve incluir uma recolha de informação não só junto do adolescente, mas também da família, da escola e do grupo de pares. A utilização de escalas é aconselhada, mas nunca deverá substituir nenhum aspeto da avaliação global do adolescente com comportamento suicidário.

Da mobilização do conjunto de competências do EEESMP compreende-se que este profissional de saúde “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de

agosto, p. 21428), “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428) e “presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21430).

Rapidamente se infere que, no âmbito das suas competências o EEESMP tem um papel a desempenhar em cada um destes conjuntos de medidas. Quer no planeamento e implementação de medidas universais promotoras e protetoras da saúde mental na sociedade, quer na intervenção seletiva e indicada com indivíduos, famílias e comunidades.

Tendo em conta o contexto do estágio a que este relatório diz respeito, o espectro da intervenção está tendencialmente dentro das medidas indicadas, afinal, tratam-se de jovens internados com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Esta realidade implica uma abordagem individualizada e especialmente focada no adolescente e na sua família. Assim, as intervenções que aqui se encontrarão descritas e que foram planeadas e implementadas no contexto deste estágio são intervenções da esfera das medidas indicadas. Este facto permite antever a riqueza de aprendizagens e de oportunidade de desenvolvimento de competências por nós experienciado neste local de estágio. Foi no estudo desta problemática e na prestação de cuidados nesta realidade que pudemos iniciar e desenvolver um processo consistente e integrador de construção destas competências

### 3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Mantendo-nos fiéis ao objetivo primordial do estágio desenvolvido e deste relatório, que é o de desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em ESMP, desenvolvemos uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, dando resposta também a esta inquietação já referida.

Para a construção desta proposta de plano de intervenção e tendo já identificado o contexto de realização do estágio e a problemática, importa descrever aqui os objetivos a que nos propusemos, em fase de projeto, para a sua construção. Assim, no contexto da abordagem do adolescente com ideação suicida internado, definimos 3 objetivos:

1º Elaborar uma proposta de um plano de intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, a partir da evidência disponível.

2º Validar a proposta de plano junto de 40% dos EEESMP com experiência na abordagem do adolescente com comportamento suicidário que exercem atividade em todo o departamento de pedopsiquiatria, para tornar a proposta de intervenção adaptada à realidade e já apreciada pelos EEESMP que já trabalham na área.

3º Comunicar a evidência produzida, para garantir a sua divulgação, com elaboração dos instrumentos de suporte à comunicação do projeto (póster/artigo) para posterior apresentação em eventos e revistas da especialidade.

Na consecução do primeiro objetivo foi realizada uma revisão *scoping* da literatura. Nesta revisão verificou-se a já referida escassez de literatura sobre a intervenção do EEESMP. Elaborámos uma síntese dos resultados da evidência disponível e analisámo-los à luz do quadro de referência da enfermagem e em concreto, à luz da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1992). A escolha desta teoria de enfermagem será discutida e justificada adiante. Do resultado desta revisão *scoping* surgiu, um artigo e uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, esta última presente no Apêndice 1.

Na consecução do segundo objetivo foi elaborado um questionário de validação da proposta para aplicar junto dos enfermeiros com experiência junto do adolescente com comportamento

suicidário, presente no Apêndice 2. Este foi aplicado a um grupo de enfermeiros especialistas em ESMP selecionados de acordo com critérios de proximidade à abordagem clínica do adolescente com comportamento suicidário.

Na mesma linha de raciocínio na definição dos objetivos para este relatório, também na construção desta proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio pretendemos divulgar a evidência produzida. Foi, então, proposta uma comunicação oral junto dos enfermeiros inquiridos (para devolução de resultados preliminares de validação). No entanto, dada a situação de saúde atual do país, não foi possível desenvolver esta atividade em tempo útil, antes da apresentação deste relatório. Foi elaborado um artigo de revisão *scoping* que aguarda publicação e pretendemos desenvolver um segundo artigo para comunicação dos resultados do primeiro processo de processo de validação do plano de intervenção proposto.

A prova pública de que este relatório será objeto também contribuirá para o alcance deste objetivo. Pretendemos ainda, quando as circunstâncias assim o permitirem, a elaboração de um póster e de uma comunicação livre relativos às conclusões retiradas da primeira fase de validação junto dos enfermeiros inquiridos, para apresentação em eventos neste âmbito.



#### **4. DA EVIDENCIA À CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO JUNTO DO ADOLESCENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Quando uma crise suicidária é identificada na avaliação de um adolescente, em contexto de urgência, é importante que exista uma intervenção dirigida à sua situação específica. A existência de um plano de intervenção integrado, que considere diferentes profissionais e etapas do internamento e o contexto após a alta, poderá constituir um instrumento valioso para a construção dessa resposta.

Ao nos referirmos a diferentes profissionais, estamos a pensar em diferentes profissionais de saúde com os quais o EEESMP interage em equipa multidisciplinar, e também diferentes EEESMP, que acompanhem este adolescente num contínuo assistencial que vai para além do episódio agudo e da sua abordagem em contexto hospitalar.

Sendo nosso o foco da enfermagem de especialidade, o plano proposto, partindo de evidência noutras áreas a que tivemos acesso por uma revisão *scoping*, tem uma matriz teórica de enfermagem que suportará a tomada de decisão do EEESMP. Optou-se por este tipo de revisão exatamente por permitir uma recolha mais ampla de informação (Peters et al, 2017), pois já partimos cientes da sua escassez. Para o efeito, utilizou-se a metodologia de Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2017).

Porque a revisão da literatura nos trouxe a primazia da relação terapêutica e sua gestão / transformação ao longo da recuperação do adolescente, elegemos, na estruturação do plano proposto e como principal referencial teórico da enfermagem a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. O contributo desta teoria, que descreveremos adiante, propiciou-nos um quadro de referência apropriado para a compreensão e abordagem da crise suicidária no adolescente e, por esta razão, base teórica relevante na concepção de uma proposta de plano de intervenção.

Assim, assumiu-se como fio condutor principal desta intervenção a relação terapêutica que se estabelece entre o Cliente e o EEESMP. Na revisão *scoping* desenvolvida, esta relação pressupôs, especialmente num dos artigos (Jobes et al., 2019), atitudes essenciais na abordagem do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, são elas a empatia, a colaboração, a honestidade e o foco no suicídio (Jobes et al., 2019). Suportando-nos sempre numa relação

terapêutica em construção, apoiada por estas atitudes essenciais, colocámos o foco da atuação no adolescente e na sua vivência atual, não esquecendo as dimensões da intervenção familiar e de construção de um plano de segurança, também elas emanantes da revisão de literatura desenvolvida. É no seio desta aliança, construída numa relação desta natureza, que será encorajada a expressão de emoções (Villarreal-Otálora, Jennings & Mowbray, 2019), a legitimação de experiências e sentimentos (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018; Villarreal-Otálora, Jennings & Mowbray, 2019) e também a análise de sentimentos de ambiguidade que possam determinar um maior ou menor risco de tentativa de suicídio.

Contribuindo para a compreensão da importância desta relação entre Enfermeiro e Cliente, Lopes (2018) conceptualiza a relação terapêutica como uma intervenção autónoma do Enfermeiro, naturalmente impregnada pela sua avaliação do indivíduo e da sua circunstância, sendo considerada como um instrumento terapêutico por si. Definindo os pressupostos desta relação terapêutica, Lopes (2018) relembra alguns dos seus componentes básicos, em convergência com as atitudes descritas por Jobes et al. (2019). São eles a confiança, o respeito, a intimidade profissional, a empatia e o poder, acrescentando o cuidado e a aliança terapêutica neste processo (Lopes, 2018). Estes componentes são também, em parte, afirmados por Phaneuf (2005) que considera a empatia, o respeito e aceitação. Estes qualidades da relação encontram eco na empatia, na colaboração e na honestidade avançadas por Jobes et al. (2019), quando contextualiza a intervenção terapêutica junto do adolescente em crise suicidária. A OE (2012) também reiterando o papel fundamental da relação no domínio da intervenção autónoma do enfermeiro, defende um papel imprescindível deste instrumento terapêutica para a promoção da expressão de aspetos do sofrimento e proceder a um processo terapêutico eficaz.

Em relação ao suicídio, a literatura identificada, de uma forma global, foi perentória na ênfase que deu à avaliação e intervenção sobre o *suicidal drive* do adolescente (Jobes et al., 2019; Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018). É realçada a importância de se avaliar e intervir junto do adolescente, sobre os fatores de risco, sobre os fatores precipitantes e sobre os fatores protetores. No que à avaliação diz respeito, esta basear-se-á, por um lado, na perceção subjectiva que o adolescente tem sobre estes fatores e sobre a forma como o condicionam no *drive* para o suicídio, por outro, o quadro de referência do enfermeiro e os instrumentos que objetivamente utiliza para essa avaliação, nomeadamente escalas (Machell, Rallis & Esposito-Smythers, 2016).

Mais uma vez, esta vertente integrada da avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica se encontra com o processo de relação interpessoal defendido por Lopes (2018). Sabendo que esta intervenção se trata de um processo, o autor (2018) defende que as suas fases não são estanques e que é possível e desejável que a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica se desenvolvam muitas vezes em simultâneo, pois aspetos da avaliação podem ser terapêuticos e durante a intervenção terapêutica o EEESMP não deixará de exercer as suas competências de avaliação diagnóstica. Além disto, numa primeira abordagem é importante que se dirija a entrevista de forma a compreender o que o Cliente sabe, o que o preocupa e quais as suas estratégias/capacidades. O plano proposto, na sua vertente de avaliação diagnóstica, intenta promover esta compreensão por parte do EEESMP, garantindo aquele que é um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ESMP (OE, 2011). Ao atribuir a este cuidado uma procura pela excelência do exercício profissional por parte do enfermeiro no sentido de ajudar o Cliente a atingir o seu máximo potencial de saúde, a deontologia profissional<sup>2</sup> e os padrões de qualidade dos cuidados de ESMP (OE, 2011) atribuem ao EEESMP o dever de identificar e fortalecer os fatores de proteção/resiliência e de risco do Cliente, neste caso, adolescente em crise suicidária.

Deste modo, as intervenções junto do adolescente descritas no plano proposto foram naturalmente agrupadas em duas grandes áreas de intervenção: **intervenções de avaliação diagnóstica** e **intervenções terapêuticas promotoras dos fatores protetores**.

Quanto às **intervenções de avaliação diagnóstica**, estas implicam a avaliação do *suicidal drive*, a avaliação dos fatores de risco e a avaliação dos fatores protetores. Relativamente à avaliação do *suicidal drive* do adolescente, é importante avaliar a presença e a permanência dos fatores precipitantes na vida do adolescente (McBee-Strayer et al., 2019; McCabe et al., 2018; Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018), avaliar a evolução do risco de suicídio e a permanência da ideação suicida e/ou do plano (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018), assim como a existência de sentimentos de ambivalência (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018). Nesta avaliação é necessário e imprescindível a apreciação do acesso a meios letais que possam contribuir para a concretização do *suicidal drive* do adolescente (Matel-Anderson & Bekhet, 2016) e que, estando

---

<sup>2</sup> Referimo-nos aqui em particular ao artigo 109º do Código Deontológico do Enfermeiro, Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (OE, 2015b).



presentes, aumentam o risco do suicídio consumado, tal como já havia sido descrito na literatura (Santos et al., 2012).

Quanto aos fatores de risco e sua permanência na vida do adolescente, a literatura identifica: a percepção que este tem de relações familiares conflituosas (Matel-Anderson & Bekhet, 2016); tentativas de suicídio prévias; a relação conflituosa com o grupo de pares e a existência de *bullying* (Matel-Anderson & Bekhet, 2016). A avaliação da autoestima e de eventuais alterações do processo de construção da identidade são também relevantes neste contexto (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018), pois podem contribuir para um maior sentimento de inadaptação e alheamento que potenciam o comportamento suicidário. Distorções cognitivas que estejam na génese, por exemplo, de alterações da percepção do corpo ou ruminantes em relação a sentimentos negativos sobre si, também podem aumentar o sentimento de desesperança e, conseqüentemente, o risco de suicídio e devem ser devidamente escrutinadas (Matel-Anderson & Bekhet, 2016).

Tal como já descrito na contextualização deste tema, a ansiedade é um fator de risco relevante na avaliação do adolescente com comportamento suicidário (Machell, Rallis & Esposito-Smythers, 2016), pelo que também deve ser incluída nesta intervenção de avaliação diagnóstica. Outro fator de risco, cada vez mais relevante, é a relação com conexões cibernéticas e o seu impacto na vida do adolescente (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018). Numa sociedade em que raros são os adolescentes que não têm uma, ou várias redes sociais cibernéticas, maior a sua exposição a comportamentos e exemplos de outros jovens. Numa lógica de grande vulnerabilidade do adolescente, que está a construir o seu processo de identidade pela identificação e pela diferenciação destes comportamentos e exemplos, maior o risco de o adolescente repetir comportamentos de pessoas que considere de referência, o que pode potenciar o risco de suicídio, quando exposto a este fenómeno – Efeito Werther.

Nenhum dos artigos identificados fez referência à necessidade de avaliação da impulsividade do adolescente. Considerámo-lo, contudo, na proposta de plano elaborada, por entendermos a impulsividade com uma característica de potencial relevo atitudinal e comportamental no adolescente e também em relação à adesão a comportamentos suicidários.

No que diz respeito à avaliação dos fatores protetores, estes pretendem avaliar as competências que o adolescente tem para lidar com as situações problemáticas da sua vida (Primananda & Keliat, 2019) e a literatura relevou a imprescindibilidade de se avaliarem as



competências interpessoais do adolescente e a sua capacidade para expressar sentimentos e pensamentos negativos (Matel-Anderson & Bekhet, 2016). Estas são competências intra e interpessoais importantes para a gestão de situações de angústia e ansiedade. A existência de projetos futuros permite reforçar, perante um sentimento de ambivalência, as razões para não consumir o suicídio, fornecendo conexões com um futuro (Matel-Anderson & Bekhet, 2016).

É importante ainda avaliar a sua autoeficácia<sup>3</sup> em relação a estes fatores protetores (Matel-Anderson & Bekhet, 2016). A autoeficácia do adolescente em relação ao papel dos seus fatores protetores é preponderante para a crença que o adolescente tem de conseguir mobilizá-los na gestão de situações de crise. A identificação e a exploração de todos estes fatores vão fornecer as fundações para a construção do processo psicoterapêutico com o adolescente.

Com base na avaliação diagnóstica, foram definidas **intervenções terapêuticas promotoras de fatores protetores** junto do adolescente, com base na evidência encontrada na revisão. São elas a psicoeducação em relação à depressão e à ansiedade, de forma a ajudar o adolescente a identificar os sentimentos e as congnições negativas e a fornecer informação e competência para geri-los (Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018); a psicoeducação em relação ao comportamento suicidário (McCabe et al., 2018) de forma também a capacitar o adolescente para identificar processos internos e externos promotores do suicídio. A psicoeducação em relação aos efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica farmacológica, também descrita na literatura com evidência considerável, preparando o jovem para lidar com os efeitos esperados e com os efeitos secundários da medicação, potenciando a adesão ao regime farmacológico (Parast et al., 2018). A psicoeducação para o desenvolvimento de estratégias de *coping* ajustadas (Czyz, King & Bierman, 2018; Matel-Anderson & Bekhet, 2016; McCabe et al., 2018) e para a gestão emocional e auto-regulação potenciará os fatores protetores já antes identificados na literatura e atuará sobre fatores de risco relevantes como a impulsividade, a desesperança, a autoestima e/ou relações familiares conflituosas (Cox & Hetrick, 2017, Mohamed et al., 2017). O treino de competências sociais e de resolução de problemas ajudará o adolescente a gerir melhor as situações desafiantes no seu dia-a-dia e a construir respostas mais ajustadas aos problemas já identificados ou que venha a identificar (Cox & Hetrick, 2017; Czyz,

---

<sup>3</sup> Aqui referimo-nos ao conceito de autoeficácia definido por Bandura (1994) em que autoeficácia é a crença que um indivíduo tem nas suas capacidades para produzir determinado efeito.

King & Bierman, 2018; McBee-Strayer et al., 2019). A literatura analisada foi, contudo, pouco clara sobre os processos exatos para o desenvolvimento destas intervenções. As que encontramos tendem a ser sobretudo do âmbito da psicoeducação e de matriz cognitivo-comportamental. Não pretendemos excluir outros tipos de abordagem psicoterapêuticas, como a humanista ou a psicanalítica, no entanto, a abordagem cognitivo-comportamental é aquela que tem maior expressão na evidência produzida neste tipo de intervenção e que apresenta também uma maior robustez. A psicoeducação também assumiu particular relevo na evidência analisada e é um tipo de abordagem que recai nas competências específicas do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 515/2018, de 7 de agosto), pelo que foi incluída nesta proposta de plano de intervenção.

O encaminhamento também deve ser ponderado na intervenção com o adolescente com comportamento suicidário. Conhecendo o seu papel e o dos demais profissionais que compõem a equipa multidisciplinar, o EEESMP deve assegurar a articulação de cuidados e o eventual encaminhamento para outros profissionais sempre que for necessário. Este encaminhamento é também um dever deontológico. No respeito pelo direito do adolescente ao cuidado, o EEESMP assume o dever de responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento e orienta o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência, tal como disposto nas alíneas a) e b) do artigo 104.º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (OE, 2015b). Os exemplos encontrados na literatura foram o encaminhamento para psicoterapia, sendo que a terapia cognitivo-comportamental foi a mais referida na literatura pela robustez da sua evidência. O acompanhamento espiritual também deve ser contemplado quando necessário.

Até aqui foram descritas intervenções junto do adolescente, importa agora olhar para um contexto mais abrangente e incluir a família nesta intervenção. Já aqui foi referido sob diversos pontos de vista a importância deste elemento na identificação e contenção do comportamento suicidário no adolescente e, por isso, estará sempre incompleta uma proposta de intervenção neste âmbito que não se dedique, de alguma forma, à família. Além disto, a teoria de enfermagem mobilizada na construção deste plano – a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau – prevê a sua inclusão no processo desenvolvido com o paciente (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Esta abordagem junto da família passa necessariamente por uma avaliação dos conflitos familiares que já foi efetuada em parte junto do adolescente, mas que deve ser completada nas entrevistas com a família. Esta avaliação permitirá definir os principais problemas identificados pela família, compreender melhor os problemas identificados pelo adolescente e priorizar o plano de cuidados a desenvolver com o adolescente e com a família.

Claro está que nesta abordagem integrada a confiança do adolescente e da família deverá ser preservada. Sobre este ponto, Rajamohan, Sharkey & Heavey (2018) são assertivos quando referem que, apesar de o adolescente ser menor de idade, a família não pode, nem deve, receber informação pelo profissional e saúde, sobre o adolescente quando não autorizado por este. Quer isto dizer, que numa lógica de confiança inerente à aliança terapêutica desenvolvida neste processo com o adolescente, nem toda a informação fornecida por este pode e deve ser partilhada com a família. A informação que o profissional de saúde identifique como relevante para ser transmitida aos pais, ou outros indivíduos que o adolescente considere família, e cuja transmissão o adolescente não autorize, deve ser discutida com este no sentido de se conciliar a confiança da aliança terapêutica, a segurança do adolescente e o processo de adaptação da família. Esta questão entronca também no valor verdade, que o EEESMP preserva deontologicamente na sua relação com o adolescente e com a família, assim como nos seus deveres de informação e de sigilo, em abono de uma relação de confiança, da reserva da intimidade, da confidencialidade e da segurança da informação, tal como estipulado pelos artigos 99º, 105º e 106º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (OE, 2015b).

As intervenções referidas na literatura e dirigidas à família orientam-nos, uma vez mais, para uma abordagem tendencialmente cognitivo-comportamental. São algumas destas intervenções: a psicoeducação para a promoção de uma parentalidade positiva; o reforço positivo; o *coaching* emocional; a psicoeducação sobre doença mental e comportamento suicidário; a psicoeducação sobre a terapêutica farmacológica, sobre sinais e sintomas das crises suicidárias e sobre a restrição de acesso a meios letais. É importante também, e tal como já defendido na intervenção com o adolescente, desenvolver na família, o treino de competências de comunicação e de resolução de problemas que tornem as relações familiares mais acolhedoras, contentoras e promotoras da expressão de sentimentos.



As intervenções aqui descritas são tendencialmente psicoeducativas e psicossociais (Machell, Rallis & Esposito-Smythers, 2016; McBee-Strayer et al., 2019; Rajamohan, Sharkey & Heavey, 2018) todavia, mais uma vez, não excluem outras intervenções promotoras da expressão de sentimentos e legitimação de sentimentos, tal como a Teoria das Relações Interpessoais defende.

No processo terapêutico do adolescente, internado ou não, é imprescindível que se garanta um ambiente seguro e terapêutico (Matel-Anderson & Bekhet, 2016). Neste contexto, surge a construção de um plano de segurança que prepare o regresso do adolescente a casa e que preveja um acompanhamento prolongado em ambulatório (Villarreal-Otálora, Jennings & Mowbray, 2019). Este plano identificará recursos internos e externos (Czyz, King & Bierman, 2018; McBee-Strayer et al., 2019) e os sinais de alarme em geral e específicos para o adolescente (Czyz, King & Bierman, 2018; McBee-Strayer et al., 2019).

O plano de segurança deve ser construído com o adolescente e com a família (Czyz, King & Bierman, 2018) e terá como objetivos promover a reconfiguração da relação terapêutica, tal como define a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, quando descreve a sua fase de resolução (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005), promover ambiente seguro, promover o empoderamento do adolescente e família, assegurar a continuidade de cuidados e promover a proximidade entre o adolescente e família e as instituições.

Na literatura encontrámos algumas formas de operacionalização deste plano de segurança, tais como a transformação da relação terapêutica, convocando os recursos que estarão à disposição do adolescente e definindo os novos papéis. Este plano pode ser agilizado com envio de postais mensais com informações relevantes e de uma larga amplitude (Cox & Hetrick, 2017) ou através do desenvolvimento de intervenções que mobilizem os recursos tecnológicos como mensagens de texto, aplicações para telemóvel e redes sociais (Kennard et al., 2018). É importante ainda facilitar o acesso aos serviços de saúde diferenciados através, por exemplo, de um *green card* que aumente a proximidade do adolescente com o seu técnico de referência (Cox & Hetrick, 2017) de forma negociada progressiva e confortável para este e que possa usar sempre que se sinta mais ansioso ou com exacerbação da ideação suicida. Este *green card* otimizará a admissão do adolescente nos serviços de saúde, facilitando o seu acesso a profissionais de referência, sempre que se encontrasse em situação de crise. O acompanhamento prolongado



pode ser efetivado presencialmente (Yen et al., 2014) ou por via telefónica (Rengasamy & Sparks, 2019), garantindo esta paulatina transformação da relação terapêutica.

As intervenções que agilizam este plano de segurança e que foram descritas na literatura implicam planejar a alta precocemente (Matel-Anderson & Bekhet, 2016) e, neste planeamento, incluir uma avaliação da segurança do ambiente habitual do adolescente (Yen et al., 2014), desenvolvendo estratégias para a manutenção de um ambiente seguro. Uma entrevista motivacional permite definir os objetivos com o adolescente e ajuda-o a desenvolver a motivação necessária para construir o plano e para utilizá-lo. É neste processo que se deve planejar e reestruturar a relação terapêutica e os novos papéis a desempenhar pelos intervenientes.

Neste acompanhamento prolongado em ambulatório importa convocar a constelação de recursos ao alcance do adolescente após a alta. Ao longo deste processo é necessário ir aferindo as razões para viver, as estratégias de *coping* mais adequadas, validando ou ajustando as que têm vindo a ser utilizadas pelo jovem e família. Este plano deve ainda contemplar uma abordagem aos problemas do adolescente e família que podem ser resolvidos e as experiências e sentimentos vividos que devem ser legitimados (Villarreal-Otálora, Jennings & Mowbray, 2019) e que surjam já no contexto do domicílio.

No plano de intervenção que propomos não são definidas intervenções e modelos de ação rígidos. Foi nossa intenção na construção desta proposta definir linhas orientadoras e objetivos de intervenção integrados num referencial teórico de enfermagem não só porque a evidência encontrada não foi rígida e estanque nas intervenções descritas mas também, e especialmente, porque, tal como Hesbeen (2000) defende, os cuidados de enfermagem oferecem aos enfermeiros “um espaço de liberdade para atuarem como verdadeiros prestadores de cuidados, cuja finalidade é exercerem uma arte de enfermagem que à partida não seja limitada e esvaziada da sua essência pelas regras redutoras de uma certa forma de cientificidade” (Hesbeen, 2000, p.47). Esta opção pelo espaço dado à espontaneidade e criatividade do enfermeiro permite que esta proposta tenha tantos rostos e cores quanto aqueles que o enfermeiro que a implemente tem no seu principal instrumento de trabalho que é ele próprio, na relação com o adolescente e com a sua família, respeitando a riqueza de multiplicidade das respostas humanas às situações de crise.

Não tendo sido encontrada em Portugal evidência de aplicação estruturada de planos de intervenção pelo EEESMP junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de

suicídio, esta nossa proposta poderá constituir-se num primeiro passo para a construção de uma intervenção mais estruturada. Este singelo contributo, que nasce da interpelação do real e se consolida na revisão da literatura, após necessários processos de validação e aplicação à população em questão, poderá vir a tornar-se num eventual instrumento padrão de qualidade<sup>4</sup> na prestação de cuidados de enfermagem especializados junto do adolescente com comportamento suicidário.

---

<sup>4</sup> Aqui suportamo-nos no conceito definido por Sequeira (2014) em que padrão de qualidade, na prática clínica, é uma sistematização de uma ação que visa responder a uma necessidade de um indivíduo, família ou grupo, numa determinada circunstância e que se operacionaliza numa resposta efetiva. O suporte em padrões de qualidade é um dever do enfermeiro e é uma garantia de segurança para o Cliente.

## **5. A INTERVENÇÃO JUNTO DO ADOLESCENTE COM IDEAÇÃO SUICIDA E/OU TENTATIVA DE SUICÍDIO À LUZ DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU**

O EEESMP, no âmbito das suas competências, “presta cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo da vida” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427), neste sentido, o seu desenvolvimento profissional passa, obrigatoriamente, pelo desenvolvimento de competências para a relação de ajuda que está no cerne do tipo de cuidados descritos. Ora, qualquer proposta de intervenção no contexto deste Mestrado na Área de Especialização de ESMP, terá que contemplar o desenvolvimento de competências nesta área. Como adiante se compreenderá, a construção deste conjunto de competências foi particularmente explorada por nós e, para o efeito, sentimos necessidade de suportar o nosso trabalho, muito além desta proposta de plano de intervenção, numa teoria de enfermagem que se dedicasse especialmente a esta vertente da prestação de cuidados de enfermagem.

Numa revisão rápida sobre intervenção terapêutica por profissionais de saúde, Chalifour (2008) define três tipos de intervenções de carácter psicossocial desenvolvidas pelos profissionais de saúde, são elas a comunicação corrente, a relação de ajuda profissional - que implica uma aliança terapêutica - e a intervenção terapêutica. Em todas elas temos um foco na pessoa e na sua experiência pessoal, atribuindo particular importância à necessidade sentida por ela. Quando se estuda o comportamento suicidário, compreende-se que o indivíduo vive uma experiência angustiante que pode traduzir-se em comportamentos prejudiciais à sua vida. Naturalmente, também no adolescente esta experiência é causadora de intenso sofrimento, com necessidade não só de ajudar o indivíduo a gerir esta angústia, mas também com necessidade de intervenção em vertentes humanas mais estruturantes como a autoestima, o sentimento de identidade e as competências sociais. A mudança de comportamento, ou de comportamentos, terá sempre que de equacionada no equilíbrio crescente de uma aliança terapêutica.

Assim, as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, do referencial de competências do EEESMP são fundamentais na abordagem deste adolescente que sofre e suportam-se numa relação terapêutica.

Desta forma, tornou-se importante construir esta proposta de intervenção entretecida com um modelo teórico da enfermagem que versasse a relação de ajuda que se estabelece entre o Cliente e o Enfermeiro e que promovesse a mudança de comportamento. Ora, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau tem como característica e pressuposto inicial a relação enfermeiro – paciente<sup>5</sup> e o seu objetivo é promover mudanças favoráveis no paciente.

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau faz corresponder ao processo de enfermagem quatro componentes: o paciente e a sua necessidade; o enfermeiro e a sua área de conhecimento. Para Peplau (1992), o enfermeiro deve ajudar o paciente a identificar padrões de comportamento disfuncionais e a desenvolver padrões de comportamento mais funcionais e promotores do crescimento pessoal, isto sempre no contexto da relação interpessoal. Nesta interação, o enfermeiro é um observador participante que observa não só o paciente e as suas respostas, mas também as suas próprias respostas no processo.

É nesta interação que se estabelece um esforço conjugado, entre o enfermeiro e o paciente, para identificar os problemas sentidos por ele, compreendê-los, assim como às suas variações e considerar e aplicar medidas de forma a obter resultados benéficos (Peplau, 1997). Por outras palavras, e olhando para a proposta de plano de intervenção apresentada, importa fazer uma avaliação diagnóstica junto do adolescente com comportamento suicidário, focando-se no seu *suicidal drive*, compreender os fatores de risco, precipitantes e protetores presentes na circunstância e desenvolver um processo terapêutico de forma a reduzir o risco de suicídio (plano de segurança) e promover os fatores protetores pertinentes para o jovem. Este processo gerará oportunidade de aprendizagem de competências a utilizar pelo paciente ao longo da vida e potenciará o seu desenvolvimento enquanto Ser Humano (Peplau, 1992). Descreve-se assim, um processo que terá impacto não só na circunstância que deu origem ao pedido de ajuda, mas também ao longo da vida do adolescente, que terá desenvolvido competências para a gestão de situações desafiantes que possa vir a enfrentar no futuro.

Este processo de enfermagem desenvolve-se então em quatro fases muitas vezes sobrepostas: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1997). A orientação representa um primeiro encontro entre o enfermeiro e o paciente. Já a identificação diz respeito

---

<sup>5</sup> Paciente é o termo utilizado originalmente na teoria abordada (Peplau, 1992; Peplau, 1997) e, respeitando a originalidade do texto, foi mantida esta nomenclatura na explicitação da teoria.



à aferição e apreciação das necessidades sentidas pelo paciente e o seu impacto na ansiedade e tensão vividos por este, procurando desenvolver uma aprendizagem construtiva e promotora da mudança de comportamento. Na fase de exploração há uma utilização plena dos recursos da relação estabelecida e uma definição de novas metas à medida que as iniciais forem sendo alcançadas. Na fase de resolução há necessariamente uma reconfiguração da relação, procurando fortalecer a autonomia do paciente e convocar outros recursos necessários. É então também relevante salientar que esta intervenção não se limita aos intervenientes já aqui descritos, envolve também a família e outros profissionais de saúde (Peplau, 1992), pois a autora reconhece o importante papel da família e da comunidade nas mudanças de comportamento (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Esta fase de reconfiguração da relação, e porque se trata de um encontro humano com traço profissional (Nunes, 2018), implica então um elevado sentido de dever profissional por parte do enfermeiro que, na sua *praxis* clínica deve ser capaz de estabelecer, manter e terminar relações de ajuda (Nunes, 2018). Esta última fase é particularmente sensível pois é necessário que o indivíduo, neste caso o adolescente, tenha desenvolvido a capacidade de ser autónomo na gestão do seu comportamento, no que à crise suicidária diz respeito. Ou, se tal ainda não for possível, é necessário que se estabeleçam as condições para que a relação seja reconfigurada, o que pode implicar a convocação de outros profissionais para esta constelação de recursos.

Tal como já aqui foi descrito, a revisão *scoping* realizada fez emergir quatro características fundamentais da intervenção indicada neste âmbito: a empatia, a honestidade, a colaboração e o foco no suicídio (Jobes et al., 2019) que estão em linha com os princípios fundamentais da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau que, como já aqui referimos, propõe uma intervenção colaborativa focada na mudança de comportamento identificado pelo paciente como problema. Este processo também foi reiterado por Lopes (2018), tal como já discutimos anteriormente.

Partindo da intervenção orientada com foco no suicídio encontrada na literatura, é necessário focar a intervenção nos *suicidal drives* do adolescente. Nesta intervenção é necessário avaliar, tal como já referimos, a circunstância conducente ao comportamento suicidário grave, avaliar os fatores de risco e os fatores protetores. Esta avaliação preocupar-se-á com as perceções e sentimentos do adolescente, mas também implicará a mobilização do referencial teórico do enfermeiro. Esta fase da intervenção corresponde claramente à fase de orientação da

Teoria das Relações Interpessoais, pois o adolescente com uma necessidade de ajuda específica encontra-se com o enfermeiro com um conjunto de competências específico, identificam os problemas sentidos e definem objetivos.

Ainda durante esta avaliação já se inicia a fase de identificação que procura apreciar as verdadeiras necessidades sentidas e identificar estratégias a serem desenvolvidas. Nesta fase iniciar-se-á a promoção dos fatores protetores junto do adolescente, no encontro entre avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica.

Reconhecendo a importância dada por Peplau (1997) ao papel da família nas mudanças de comportamento, a família deve também ser envolvida neste processo, quer para fortalecer os fatores protetores, quer para trabalhar alguns fatores de risco que sejam identificados no sistema familiar. Este envolvimento apesar de imprescindível deve obedecer ao respeito pela privacidade do adolescente que poderá não querer partilhar determinados aspetos da sua vivência com a sua família, o nível de partilha deverá ser mediado na relação terapêutica, algo que já havíamos evidenciado antes.

Todo este processo diz respeito tanto à fase de identificação, como à fase de exploração em que o adolescente e o Enfermeiro exploram os recursos proporcionados pela relação e alcançam pelo menos alguns dos objetivos propostos na primeira fase. Num contexto de internamento inicia-se aqui o processo de reconfiguração da relação e aproximação da alta. Nesta fase da relação e de promoção da autonomia estará a ser desenvolvido com maior ênfase o plano de segurança. Este plano pretenderá garantir um ambiente seguro para o adolescente que restrinja não só o acesso a meios letais, mas também lhe garanta, a ele e à família, recursos para continuar a desenvolver as estratégias definidas no internamento.

Já sob a vigência de um plano de segurança o adolescente tem alta. A fase de resolução da relação deve ser considerada de uma forma particular neste contexto pois a literatura diz-nos que o risco de suicídio existe mesmo após a alta de uma instituição de saúde. Neste contexto, a relação deverá ser mantida mesmo após a alta, ainda que com contornos diferentes, pois deverá já incluir outras figuras de referência e que fazem parte da constelação de recursos da qual o EEESMP também faz parte. Esta transformação da relação deverá desenvolver-se na justa medida do reforço do adolescente com as outras figuras de referência e na redução objetiva do risco de suicídio.

Esta fase só deve ser desenvolvida em contexto de internamento se não houver possibilidade de manutenção do contacto após a alta e apenas quando tiverem sido convocadas as figuras de referência do adolescente. Deste modo, conclui-se a explicitação da proposta do plano de intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, apresentada no Apêndice 1.

A mobilização desta teoria de enfermagem na construção desta proposta de plano de intervenção potenciou a construção de muitas das competências do EEESMP. Por este ser um relatório sobre o desenvolvimento de competências do EEESMP, importa aqui tecer algumas considerações sobre a prática respaldada por esta teoria de enfermagem e cujo fruto será discutido adiante. O primeiro ponto que nos parece importante referir é a individualidade e, especialmente, a singularidade permitida por Peplau na sua teoria. Tal como refere Ralph (1996), citado por Barker (1998) a teoria das relações interpessoais protege e enaltece a individualidade do indivíduo, apesar de se tratar de uma teoria e, por isso, tendencialmente generalizável, ela encoraja a multiplicidade de respostas humanas possíveis em situação de doença/sofrimento. Assim, esta foi com certeza uma teoria importante no estabelecimento de relações interpessoais com as crianças e adolescentes ao longo do estágio. Mobilizá-la na intervenção potenciou a nossa adaptação às várias relações estabelecidas com o adolescente e potenciou o desenvolvimento específico de competências interpessoais, fundamentais para o exercício da ESMP.

Exemplo desta exploração do potencial para a relação terapêutica foi descrito por Barker (1998), que refere que na mobilização da teoria das relações interpessoais o enfermeiro é encorajado a olhar para além dos limites do eu, tentando imaginar-se o que será ser a outra pessoa. Este é com certeza um exercício de empatia, o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento permitirão uma verdadeira resposta de compreensão empática ao sofrimento/necessidade/problema da pessoa, neste gesto de “Como se”, sem na verdade o ser (Rogers, 2003), mas procurando compreender o outro, através da abertura à compreensão da sua realidade.

Ao mobilizarmos uma teoria da enfermagem fortemente orientada para a relação terapêutica criámos a oportunidade de desenvolver aptidões naquela que é a coluna vertebral da intervenção do EEESMP: a relação terapêutica. Esta orientação naturalmente permitiu o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP. Assim como dos aspetos



do conhecimento empírico, estético, ético e pessoal da enfermagem (Carper, 1978) necessários à aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Claro está que na sua intervenção o EEESMP não está, nem deve estar, preso a um único referencial teórico de enfermagem. Na construção das suas competências e na adequação da sua intervenção ao Cliente e à sua circunstância, o enfermeiro tenderá a construir e mobilizar um referencial teórico que deverá estar respaldado em evidência e estruturado em processos de enfermagem já descritos e analisados. Assim, na construção deste plano de intervenção, não foi apenas a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau que orientou a nossa conceptualização, mas também o processo de formação e manutenção de relações interpessoais descrito por Lopes (2018) e que contribuiu para a atual estrutura desta proposta de plano, pela sua preocupação criteriosa com as vertentes de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica.

A integração do processo descrito por Lopes (2018), além dos benefícios acrescidos para a proposta de plano em questão, permitiu-nos ainda estruturar o nosso processo de estabelecimento de relações terapêuticas, desenvolvendo uma cada vez melhor competência de avaliação diagnóstica, permitindo-nos “executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428) e uma ponderada intervenção terapêutica que nos permitiu não só “ajudar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a sua saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428), mas também prestar “cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar (...) de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21430).

A importância que Peplau (1992) atribuiu ao crescimento do enfermeiro na relação terapêutica, também nos despertou para uma construção mais consciente da primeira competência específica do EEESMP. Mais ainda, para Peplau, o compromisso do enfermeiro é não só com o cliente, mas também com a enfermagem. Este compromisso é de tal forma norteador da sua prática, que o enfermeiro deve procurar refletir intensamente sobre questões que aguardam resposta, procurando clarificá-las e elucidar os restantes colegas (Barker, 1998). Escrevendo agora este relatório, compreendemos não só a magnitude deste compromisso, mas



também a sua omnipresença ao longo de todo este percurso de mestrado. Afinal, foi porque procurávamos respostas a perguntas ainda não respondidas e porque nos sentíamos inquietos que decidimos enveredar por esta formação e, em particular, que decidimos construir esta proposta de plano de intervenção.

## 6. VALIDAÇÃO PRELIMINAR DA PROPOSTA JUNTO DOS EEESMP

Por considerarmos importante avaliar a pertinência da aplicabilidade da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, decidimos realizar uma primeira validação junto de enfermeiros com experiência na intervenção com adolescentes com comportamento suicidário e com competência para aferirem a qualidade das intervenções propostas. Deste modo, a amostra de enfermeiros, para efeitos desta validação, foi constituída por um método de amostragem por conveniência não probabilística acidental (Fortin, 2003), e consideraram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Ser EEESMP e ter pelo menos dois anos de exercício profissional com adolescentes com comportamento suicidário.

Para aumentar o número de enfermeiros elegíveis para validação, decidimos que os dois anos de exercício profissional não teriam de ser como EE. Para esta decisão contribuíram também argumentos do processo de desenvolvimento de competências segundo Benner (2005).

Benner (2005), mobilizando o modelo de Dreyfus no desenvolvimento de competências em enfermagem, define que o nível Competente de um enfermeiro se atinge após 2 a 3 anos de exercício no mesmo contexto. Para esta autora (Benner, 2005), o enfermeiro competente, já tem capacidade para uma análise crítica, consciente e abstrata dos problemas com que se depara habitualmente ou que são expectáveis no seu contexto. Por outras palavras, já adquiriu competência. Neste estadio, o enfermeiro já está apto para “planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados para fazer face às necessidades dos doentes” (Benner, 2005, p. 54)

O enfermeiro competente poderá não ter a perceção do enfermeiro proficiente nem a intuição do enfermeiro perito (Benner, 2005), mas já tem a capacidade crítica para analisar um tipo de resposta planeada em relação a um problema conhecido. Assim, pretendemos com a definição deste critério incluir enfermeiros que já tenham esta competência adquirida, não excluindo enfermeiros proficientes e peritos que terão uma visão diferente, naturalmente mais complexa do problema e da proposta apresentada.

O questionário aplicado aos enfermeiros foi estruturado de acordo com as dimensões presentes no plano de intervenção e seu algoritmo presente no Apêndice 1, permitindo aos inquiridos pronunciarem-se sobre os seus níveis de concordância (escala de Likert de 1 “discordo

totalmente” a 5 “concordo totalmente”) com as várias intervenções propostas. Foram também colocadas questões de resposta aberta para contributos e sugestões de melhoria. O questionário consta no Apêndice 2 do presente relatório.

Procedemos ao tratamento e análise das respostas, com recurso à estatística descritiva, para os dados provenientes das questões de resposta fechada e à análise de conteúdo de Bardin (2011) para os dados provenientes das respostas abertas.

Dadas as circunstâncias e constrangimentos da pandemia atual, os questionários foram enviados informaticamente.

Foram assegurados os princípios éticos de investigação. Todos os inquiridos assinaram consentimento informado, livre e esclarecido, presente no Apêndice 3, enviado com o questionário, tendo-lhes sido assegurado o anonimato e a confidencialidade das fontes.

Esta discussão tem por base uma taxa de resposta de 25% (N=24) dos enfermeiros identificados, EEESMP que exerciam atividade no contexto há pelo menos 2 anos, tanto na UIPIA, como nas outras unidades do departamento de pedopsiquiatria em questão. Esta taxa de resposta ficou aquém dos 40% a que nos propusemos. Para isto seguramente contribuiu a imponderável pandemia da COVID-19 e seu impacto nas dinâmicas dos serviços e nas vidas dos profissionais. Entendemos não ter havido condições para envidar mais esforços no sentido de aumentarmos a taxa de resposta ao questionário e agradecemos o contributo dos que participaram, que honramos com esta análise preliminar.

No apêndice 4 apresentam-se os resultados dos questionários, cuja discussão agora desenvolvemos

Na apreciação global da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, quer ao nível da estrutura, quer do conteúdo, obtivemos um elevado nível de concordância (valor de médio de 4,83) por parte dos enfermeiros inquiridos. Da análise de conteúdo efetuada aos aspetos que foram destacados pela positiva encontra-se: a intervenção integrada proposta; a existência de um plano de segurança; e o foco na prevenção. Não foram indicados contributos de melhoria na estrutura geral do plano de intervenção.

Quanto à apreciação da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau mobilizada, houve também uma concordância global (valor médio de 4,67). Não foram apresentados aspetos a melhorar. Na análise de conteúdo efetuada dos aspetos destacados pela positiva,

encontrámos a perspetiva holística e a utilização adequada dos conceitos da teoria em relação à problemática em causa, incluindo o foco na relação terapêutica, o que vai de encontro ao que foi discutido na construção deste plano e que serviu de fundamentação teórica para a intervenção neste contexto (Lopes, 2018; Jobes et al., 2019).

Quanto aos aspetos a melhorar, identificamos a sugestão da mobilização do quadro teórico definido por Martha Rogers, a Teoria de Ser Humano Unitário “pela sua vanguarda e pertinência no paradigma pós-moderno e na forma de nele compreendermos os fenómenos pessoais e sociais” (E1). Nesta teoria o Ser Humano, ou Cliente, é visto como um indivíduo com uma integridade individual e inseparável do ambiente (McEwan & Willis, 2015). A compreensão do Ser Humano implica então a compreensão de três princípios fundamentais, a ressonância – em que o campo energético do indivíduo ressoa e faz ressonância com o campo energético à sua volta; a integralidade – que reflete a simultaneidade de interação entre indivíduo e ambiente; e helicidade – em que o indivíduo se desenvolve numa espiral contínua e inovadora da concretização do potencial humano (George, 2000).

A teoria do Ser humano Unitário poderia trazer contributos a este plano na medida em que defende a noção de integralidade do indivíduo com o seu meio, semelhante ao que defende Peplau (1992) e na medida em que acredita numa tendência atualizante do indivíduo, próxima da visão de Rogers (2009). A eventual integração desta teoria nesta proposta de plano poderia contribuir para uma apreensão e compreensão da realidade do adolescente e do seu contexto mais complexa, assim como um olhar incondicionalmente positivo na sua capacidade de recuperação. Tal como Peplau (1992) que procura na relação terapêutica uma mudança de comportamento, também Martha Rogers reconhece esta espiral contínua e inovadora de potencial humano (George, 2000). No entanto, ainda que Martha Rogers demonstre consciência da importância das relações interpessoais entre enfermeiro e Cliente, Peplau (1997) faz uma descrição mais pormenorizada e operacionalizante desta relação interpessoal que se pretende terapêutica, contribuindo para uma maior aplicabilidade do plano.

Na análise das respostas em relação à avaliação da circunstância conducente à ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, observámos que existe uma concordância plena com a avaliação da maioria dos fatores conducentes à ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio. O que vem de acordo com a literatura descrita na explicitação desta proposta. O



recurso à síntese narrativa obteve uma média de 4,67 de concordância e a avaliação do acesso a meios letais, uma média de 4,83, sugerindo uma elevada concordância.

Identificámos contributos na avaliação do *suicidal drive* do adolescente. O indivíduo E1 referiu ser necessário “avaliar a sua [do adolescente] crença sobre a vida e sobre a morte”, o que será com certeza uma avaliação cuja integração no plano será ponderada, para se compreender eventuais mitos e crenças sobre a morte e de que forma o adolescente se posiciona perante a possibilidade de finitude da vida.

O indivíduo E4 propôs a avaliação do “ambiente contentor/protector (ou não) que rodeia o adolescente”. Acreditamos que numa plena avaliação dos fatores de risco associados à crise suicidária, se fará uma avaliação deste ambiente que inclui relações familiares, relações com o grupo de pares, com a comunidade escolar, etc e inclusive das condições de habitação do domicílio. Acreditamos que a salvaguarda deste fator tenha sido colocada aqui pelo enfermeiro E4 para garantir a sua avaliação imediata na admissão, pelo que será tida em conta numa futura reformulação da proposta.

Quanto à avaliação dos fatores de risco, os enfermeiros consultados foram unânimes na concordância com esta vertente de avaliação diagnóstica.

Os fatores de risco que os enfermeiros inquiridos consideraram particularmente pertinentes foram, por ordem decrescente: a impulsividade (escolhida pelos 6 enfermeiros), estando em linha com o que defendemos na proposta de plano (Primananda & Keliat, 2019; DGS, 2013; SPRC & Rogers, 2011); a autoestima diminuída (escolhida por 5 dos enfermeiros); a perceção do adolescente de relações familiares conflituosas (escolhida por 5 dos enfermeiros); a existência de *bullying* (escolhida por 4 dos enfermeiros). Da análise destes quatro fatores aqui distinguidos compreendemos a importância que os enfermeiros dão a características intrínsecas do adolescente como o é a impulsividade e às relações sociais em duas das esferas mais importantes para o jovem: a família e o grupo de pares (DGS, 2013, Shaffer et al., 2001). Estes achados estão em linha de concordância com a evidência que sustenta este plano.

Três enfermeiros propuseram que se acrescentassem outros fatores de risco. E2 atribui particular importância à “existência de histórias de tentativas de suicídio na família”, salientando-se aqui o papel vicariante deste tipo de vivências tanto na família como no grupo de pares, quer ao nível das representações da morte para o adolescente quer ao nível da construção de estratégias de *coping* patológicas, tal como está descrito na literatura (DGS, 2013; Shaffer et al.,

2001)<sup>6</sup>. E3 acrescenta a esta avaliação a apreciação sobre “comportamentos aditivos, situações traumáticas”. Estes são com certeza fatores de risco a considerar numa eventual reformulação do plano, pois tal como o suporta a literatura a existência de trauma prévio é um fator de risco precursor do comportamento suicidário (Shaffer et al., 2001). Quanto ao consumo de substâncias, numa amostra de 816 adolescentes Barros, Pichelli & Ribeiro (2017) encontraram uma correlação positiva entre o consumo de substâncias psicotrópicas como a *cannabis* e drogas inalatórias e a ideação suicida e a tentativa de suicídio. Assim, na reformulação do plano, terá que ser integrada uma avaliação deste fator de risco em particular, na medida em que seja defendida por uma nova incursão à literatura.

A concordância com a necessidade de avaliação dos fatores protetores também foi total e unânime entre os enfermeiros consultados. Em particular, a avaliação da existência de projetos futuros foi selecionada como especialmente relevante por todos os enfermeiros, indicando uma particular preocupação e relevância da visão que o adolescente tem do seu futuro na gestão do risco de suicídio.

A capacidade para expressar sentimentos e pensamentos negativos, assim como a avaliação da coesão familiar, envolvimento mútuo dos membros da família e grau de eficácia da comunicação foram dois fatores protetores eleitos por cinco dos enfermeiros. Compreende-se que as competências sociais tanto do adolescente como daqueles que o rodeiam são essenciais para prevenir o comportamento suicidário. Os enfermeiros consultados não propuseram a inclusão de outros fatores protetores.

Na análise das intervenções terapêuticas promotoras de fatores protetores, ainda junto do adolescente verificou-se um nível médio de concordância acima do 4 com todas as intervenções. No geral, os enfermeiros concordaram com as intervenções propostas. O treino de competências de resolução de problemas e o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes granjeram a unanimidade na concordância, estando em linha com a evidência consultada. A intervenção sobre o consumo de substâncias teve um menor grau de concordância, sugerindo uma melhor

---

<sup>6</sup> Este é um fator importante que revisita o efeito Werther associado ao suicídio. Num estudo em 2018 que procurou analisar o impacto na população adolescente (2323 adolescentes) da visualização da série “13 reasons why” que relata o processo de suicídio de uma jovem adolescente, Zimmerman et al. (2018) observaram um aumento da incidência de ideias de morte e de ideação suicida em 4,7 de adolescentes que, antes da visualização, não experienciavam estes pensamentos.

explicitação deste domínio de avaliação e intervenção, a ser reavaliada na exploração da literatura atrás referida.

Quanto a outras intervenções terapêuticas promotoras de fatores protetores a propor, identificamos uma sugestão, que consideramos particularmente relevante, de inclusão de “psicoeducação acerca de comunicação eficaz” (E5). Esta intervenção visa melhorar as competências interpessoais do adolescente e poderia potenciar as suas estratégias de *coping* e de resolução de problemas. Sendo uma intervenção que poderia integrar-se na intervenção “Treino de Competências sociais” por nós proposta. A sua explicitação, neste âmbito, poderá elucidar algumas das propostas de operacionalização.

Quanto à intervenção junto da família, verificámos, mais uma vez, uma concordância global entre os inquiridos (valores médios de concordância acima do 4). As intervenções com maior nível de concordância foram: a avaliação dos conflitos familiares; a psicoeducação para uma parentalidade positiva; a psicoeducação sobre os sinais e sintomas das crises suicidárias; promoção do treino de competências de comunicação e de resolução de problemas. Estas intervenções ajudarão a família a compreender melhor a realidade do adolescente que está em sofrimento e a gerar respostas protetoras face aos problemas que família e adolescente identificam, tal como temos vindo a afirmar ao longo desta proposta, baseando-nos na evidência.

As intervenções que tiveram uma taxa de concordância inferior a 4,5 foram a psicoeducação sobre doença mental e comportamento suicidário e a restrição de acesso a meios letais. Não foram descritos fatores que contribuíssem para uma menor concordância. No entanto, sabemos que a restrição do acesso a meios letais foi fortemente salientada como fator protetor para o comportamento suicidário do adolescente na evidência consultada (DGS, 2013). Afinal, um adolescente impulsivo com acesso a algum meio letal terá uma maior probabilidade de consumir, ou de pelo menos tentar o suicídio. Foi também salientado ao longo desta proposta de plano que ajudar a família a compreender a doença mental e o comportamento suicidário é necessário, pelo que consideramos, por agora, pertinente manter a intervenção nestas áreas no plano.

Ainda junto da família o enfermeiro E1 propôs o encaminhamento para a terapia familiar, propondo uma abordagem psicoterapêutica sistémica e de cariz mais humanista. Com certeza esta é uma proposta de elevado mérito que iremos incluir no encaminhamento do adolescente. Não se observaram outras sugestões nesta área de intervenção.



No que diz respeito ao plano de segurança, mais uma vez se observa um grau de concordância elevado com as intervenções propostas, acima dos 4,5. A intervenção em que se observou menor unanimidade foi a de planeamento da alta precoce, o que poderá estar relacionado com a própria expressão apresentada na intervenção de “planear a alta precocemente” que talvez sugira uma alta precoce que não será de todo a nossa intenção. Será sim nossa intenção antecipar o processo de planeamento da alta para que este se desenvolva em tempo útil e com a garantia da segurança do adolescente e família e nunca uma alta precoce, sem esta garantia.

Conseguimos assim chegar a algumas conclusões preliminares desta validação que está ainda em curso. Primeiramente, das respostas obtidas, compreende-se que se obteve um acordo teórico tanto ao nível da estrutura do plano como ao nível do referencial teórico de enfermagem utilizado. Obtivemos ainda com estes resultados preliminares da validação uma noção de aplicabilidade desta proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, tanto pela sua transversalidade, como pela sua diversidade de respostas compatíveis e integradas.

No entanto, apesar deste consenso, estes dados preliminares orientam-nos para pontos que têm que ser revistos tais como a avaliação dos fatores de risco e as intervenções promotoras dos fatores protetores junto do adolescente, para referir alguns. As sugestões referidas pelos enfermeiros inquiridos acrescentam valor pelo seu mérito e pela sua origem na experiência e prática clínica, mas carecem ainda de uma nova incursão na literatura que produza evidência que as fundamente, tal como estão fundamentadas todas as outras intervenções propostas.

Observámos também que foi reduzido o número de respostas às questões abertas, o que poderá estar relacionado com a extensão do questionário e com a via de distribuição (via informática, com um interface pouco intuitivo), assim como com uma particular indisponibilidade atual fruto da pandemia e pela pressão por ela exercida no tempo dos enfermeiros. De futuro, noutra(s) etapa(s) de validação, equacionamos recorrer a outros métodos de recolha de informação e de geração de consensos como o *Focus Group* e o método de Delphi, para uma validação final da proposta junto de peritos.

O *Focus Group* permitirá um eventual aprofundamento da discussão em grupo e das propostas apresentadas. Através deste método, o indivíduo pode ir “transformando as suas estruturas cognitivas através das relações recíprocas que estabelece no decorrer da




operacionalização da técnica, autodescobrindo-se e, portanto, emancipando-se” (Galego & Gomes, 2005, p. 179). Este método conjuga a técnica da entrevista não diretiva e da observação participante com técnicas como a análise do discurso. Não esquecemos, todavia, do possível condicionamento da opinião individual pela interação em grupo, sobretudo em grupos mais alargados, e da sua eventual limitação na obtenção de um consenso tendencialmente universal.

Assim, para a conclusão do processo de validação, e com o propósito de gerar um consenso o mais alargado possível entre peritos, entendemos relevante recorrer ao método de Delphi. Grime & Wright (2016) defendem que o método Delphi permite facilitar e estruturar a comunicação de um grupo de indivíduos, potenciando o consenso de opinião de um grupo de peritos em relação a problemas complexos, agregando e integrando a opinião de indivíduos diferentes. Este método promove o diálogo entre estes indivíduos, na medida em que pode ser desenvolvido em diferentes fases tendencialmente cumulativas e integradoras.

Definimos como nosso objetivo devolver os resultados desta etapa preliminar de validação aos enfermeiros inquiridos, no entanto, temos a expectativa de obter mais respostas antes da conclusão desta primeira validação para depois então podermos devolver os seus resultados a todos os enfermeiros consultados.

Este processo permitiu não só que obtivéssemos um primeiro olhar sobre o consenso com a proposta apresentada, mas também contribuiu para o nosso desenvolvimento de competências. Tal como discutiremos adiante, no âmbito das suas competências comuns o EE procura não só identificar as lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro), o que foi trabalhado no processo de construção desta proposta, mas também interpreta e organiza resultados provenientes da evidência que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e para a prática clínica especializada (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro). Deste modo, através deste processo preliminar de validação tivemos a oportunidade de organizar o conhecimento proveniente da evidência e de, modestamente, ajudar a contribuir para a sustentação em evidência da prática clínica especializada em ESMP.

Olhando em particular para o Regulamento 515/2018 de 7 de agosto da Ordem dos Enfermeiros e que regula as competências de EEESMP, compreende-se que através deste processo preliminar da validação proposta, pudemos desenvolver competência no âmbito da



Intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de competências

---

conceção e implementação de programas de promoção da saúde mental e no âmbito da promoção de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas individuais e familiares.

## **PARTE II - Análise reflexiva do processo de desenvolvimento de competências**

### **7. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Até aqui temos vindo a descrever uma proposta de intervenção que se quis promotora do nosso desenvolvimento de competências de EEESMP. Importa agora olhar atentamente para este processo, ainda que antes se faça um pequeno preâmbulo sobre o propósito da aquisição destas competências no contexto do exercício profissional em enfermagem.

Sabendo nós que a enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se operacionaliza numa profissão (Nunes, 2018) e “que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2015a, p.99), claramente se infere que o âmbito de intervenção do enfermeiro é tão vasto quanto os contextos da vida humana. A intervenção com a criança e adolescente em situação aguda de doença mental não é exceção.

No entanto, este exercício, tal como define o REPE (OE, 2015a), pode ser desenvolvido enquanto ECG e enquanto EE, correspondendo a ambos um distinto quadro de competências, salvaguardando sempre que o quadro de competências comuns do EE corresponde a um aprofundamento das competências do ECG e que o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de enfermeiro especialista” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744). É acerca deste processo de reconhecimento de competências que versa o presente relatório.

Antes então que nos debrucemos sobre o processo reflexivo sobre a aquisição destas competências, é importante que pensemos sobre como estas se operacionalizam. Le Boterf (2006) define três dimensões da competência “ou profissionalismo” (le Boterf, 2006, p.61). A dimensão dos recursos disponíveis associa os recursos pessoais do profissional aos recursos

disponíveis no seu contexto de atuação. Por outras palavras, os recursos disponíveis vão associar os conhecimentos, a experiência e a aptidão do profissional aos recursos a que pode recorrer na sua circunstância. A dimensão da prática profissional e dos seus resultados analisa o quão competente um profissional é em relação ao que é expectável do seu papel, no seu contexto, no seu exercício profissional. O distanciamento, ou a reflexividade, é a dimensão de tomada de consciência pelo profissional da sua prática. Ou seja, mais do que descrever as suas práticas, o profissional competente explicita a sua razão e coloca-as em discurso ou num esquema operativo que surgem da apropriação da experiência, da evidência e do seu resultado final.

Ora, é este processo que se pretende ilustrar nesta segunda parte. Ao descrever os nossos recursos pessoais, aliados aos recursos do meio (o curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP e o estágio na UIPIA); ao descrever-se aqui a pertinência desta disciplina do conhecimento e da sua aplicação em contexto clínico; e ao efetuar-se uma ponderada reflexão e tomada de consciência sobre o processo desenvolvido, pretendemos comprovar a aquisição de cada uma das competências necessárias ao exercício como EEESMP. É, então, nosso objetivo aqui descrever este esquema operativo, colocar em discurso não só o que foi feito, mas porque foi feito e de que forma se obtiveram resultados.

Após 10 anos de exercício profissional e 31 anos de existência, os nossos recursos pessoais apresentam determinadas características que, quando aplicadas num determinado contexto – a UIPIA - com um determinado objetivo e processo – o desta formação – se desenvolveram enquanto competências do EEESMP.

Nesta linha de raciocínio, Phaneuf (2005) aplica o conceito de competência ao domínio da enfermagem, atribuindo-lhe duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais do enfermeiro e a mobilização dos seus saberes e o saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem. Assim, é nossa intenção neste momento reflexivo sobre o processo de aquisição de competências promover este encontro entre aquelas que são as nossas capacidades e em que temos vindo a investir ao longo do nosso percurso profissional e a mobilização dos saberes e saber-fazer que temos vindo a desenvolver ao longo deste mestrado e, especialmente, ao longo do Estágio Final, quer através das atividades desenvolvidas com a equipa e com os jovens, quer através da construção da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação e/ou tentativa de suicídio aqui apresentada.



Exatamente porque este processo de aquisição de competências diz respeito não só ao nosso percurso profissional, mas especialmente ao curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP e ao estágio na UIPIA é importante que aqui se relembrem as atividades desenvolvidas por nós na UIPIA. Ao longo dos quatro meses do Estágio Final (e das seis semanas do Estágio I), a nossa integração na prestação de cuidados de enfermagem foi plena ao nível da relação terapêutica com os jovens e ao nível da dinamização das atividades terapêuticas, em particular da atividade de grupo terapêutica mediada pela dança e da atividade de grupo terapêutica mediada pelo cinema. Deste modo, muitas das aprendizagens aqui descritas farão referência a estes contextos específicos de cuidados.

Além disto, e por que este relatório se reporta a uma formação que pretende outorgar o grau de Mestre, também é necessário que se proceda aqui ao exercício reflexivo sobre a aquisição das competências conferentes deste grau académico. Posto isto, nesta segunda parte será descrito o processo de aquisição das competências comuns e específicas de EEESMP e o processo de aquisição de grau de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP.

### 7.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Independentemente da especialidade do enfermeiro, o quadro de competências comuns homogeneiza parte do seu exercício profissional. Afinal, pretende-se que os EE “partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744).

Desta forma, ao olharmos atentamente para o conjunto de competências comuns do EE encontramos eco do quadro de competências do ECG. É também, mas não só, no investimento no desenvolvimento destas competências que o enfermeiro que pretende obter o grau de especialista aprofunda e aprimora aquele que é o quadro de exercício do ECG. É por esta razão que neste subcapítulo não poderiam deixar de estar referenciados importantes marcos da nossa vida profissional e que de alguma forma contribuíram para a nossa competência atual.

Olhando agora para o primeiro domínio de competências que regula a responsabilidade ética e legal, encontramos duas competências distintas. A primeira, A1, que postula que EE

“desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746), diz respeito ao desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, respeitando os princípios da deontologia. Ao longo do Estágio Final acreditamos ter participado deste modo nos processos de tomada de decisão relativamente à prática de cuidados. Materializámos este desenvolvimento nas relações terapêuticas estabelecidas.

Tal como aqui já foi referido, na UIPIA os cuidados de enfermagem desenvolvem-se sob a metodologia de Enfermeiro de Referência, neste contexto, em conjunto com as orientadoras, tivemos a oportunidade de iniciar relação terapêutica com determinados jovens, intervindo e discutindo os projetos terapêuticos não só com os jovens em questão, mas também com as orientadoras, com os outros enfermeiros de referência destes jovens e a restante equipa. Esta discussão permitiu-nos participar, dentro das expectativas e das responsabilidades do nosso papel, nas tomadas de decisão associadas à prestação de cuidados.

Nesta construção com o adolescente, família e equipa suportámos as tomadas de decisão em juízos baseados no conhecimento e na experiência, selecionámos as respostas mais apropriadas a partir de uma ampla variedade de soluções, integrando sempre elementos do enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. Claro está que em todo este processo de prestação de cuidados observámos sempre a ética e a deontologia que norteiam a nossa prática profissional.

O planeamento das atividades terapêuticas no âmbito da mediação da intervenção pelo cinema e pela dança também foi um excelente momento de desenvolvimento destas competências pois, em conjunto com as enfermeiras orientadoras e restante equipa dinamizadora de cada uma destas atividades, pudemos decidir sobre processos de intervenção que estivessem de acordo com as melhores práticas de cuidados e com as preferências e necessidades dos jovens. Este planeamento integrou conhecimentos não só do curso de mestrado e das aprendizagens no estágio, mas também conhecimentos construídos ao longo do nosso exercício profissional, como é o caso das sessões de relaxamento por nós dinamizadas e que mobilizaram conhecimentos e experiências da nossa intervenção com adultos, integradas com as novas aprendizagens.

Os resultados das tomadas de decisão efetivadas em qualquer destes contextos foram aferidos com o processo desenvolvido e a reflexão efetuada. Em todo este exercício estiveram sempre presentes na nossa mente os limites e as nossas responsabilidades do ponto de vista deontológico e que definem o nosso papel na especificidade desta intervenção, permitindo-nos reconhecer competência nesta área da especialidade. Este exercício da competência permite-nos afirmar que desenvolvemos competência na área da tomada de decisão ética, mobilizando conhecimentos do domínio ético-deontológico, dentro da competência A1.

A competência A2, ainda dentro do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal diz respeito à garantia de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4746). Ao longo da nossa vida profissional temos vindo a garantir aqueles que são os valores universais a observar na relação profissional consagrados no CDE. São eles a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a Verdade e a Justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional, tal como defendido pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (OE, 2015b). Desta forma, entre muitas outras atividades procurámos assegurar a igualdade no acesso ao cuidado, promovemos a liberdade de escolha sem esquecer o bem comum, procurámos agir com verdade, respeitando o princípio da Justiça, satisfazendo as necessidades de quem cuidamos sempre na justa proporção e procurámos sempre agir com competência – ou seja, com a mobilização dos nossos recursos pessoais em conjunto com os recursos da circunstância, com uma finalidade própria e refletindo sobre este processo – procurando sempre o aperfeiçoamento profissional, o que está preconizado pelo Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (OE, 2015b). É na verdade, na procura pela garantia destes valores, destes fundamentos que tanto valorizamos, que iniciámos o percurso neste mestrado em enfermagem, nesta área de especialização.

Dando agora particular atenção às atividades desenvolvidas no estágio a que este relatório diz respeito, procurámos promover o respeito pelos direitos humanos aos mais diversos níveis. Mobilizando o exemplo das intervenções terapêuticas em grupo e a gestão do ambiente terapêutico nos momentos não estruturados procuraremos ilustrar o desenvolvimento desta competência.



Quanto às intervenções terapêuticas em grupo, estas disseram sobretudo respeito, tal como já aqui foi referido, à intervenção terapêutica mediada pelo cinema e pela dança. Neste contexto, existe uma necessidade intensa, talvez mais do que em outros momentos, de gerir o público e o privado, aliás, de ajudar o adolescente a gerir esta vivência do público e do privado. Veja-se o exemplo das intervenções em grupo com mediação pelo cinema. O cinema pela sua grande capacidade de ressonância com o espetador, pode desencadear situações de catarse que podem e devem ser estimuladas, no entanto, quando surgem em contexto de intervenção de grupo, obrigam ao imperativo de proteção da privacidade do indivíduo. Olhando para este específico contexto de estágio, o indivíduo é um adolescente com todas as suas particularidades, com o seu processo de construção de identidade ainda em franco desenvolvimento o que, por natureza, o torna mais vulnerável na expressão da sua dor e sofrimento. Perante esta circunstância, aprendemos a ajudar o jovem a decidir sobre o que pode partilhar neste grupo e de que forma pode expressar estas suas emoções e sentimentos sem lesar a sua privacidade e sem potenciar a sua vulnerabilidade, protegendo assim os seus direitos enquanto Ser Humano e, em particular, enquanto adolescente.

Numa pequena reflexão sobre esta tão clara distinção entre público e privado, sentimos necessidade de esclarecer os pressupostos e as vivências inerentes a cada uma destas esferas. Prior & Sousa (2014), numa análise da mudança estrutural entre o público e o privado, atribuem ao privado o direito de os indivíduos reconhecerem em si o poder de controlar informações e pensamentos, estando protegidos da sua divulgação pública. Daqui se depreende que falar do privado é falar de autonomia, liberdade e empoderamento, valores e intervenções inerentes ao exercício da enfermagem em qualquer das suas práticas e salvaguardadas pelos documentos reguladores da profissão. Todavia, o conceito de público tem sofrido consideráveis alterações ao longo dos séculos e até hoje não existe uma definição consensual sobre a sua abrangência (Arendt, 1983). Arendt (1983) atribui ao público a esfera da ação, pois esta remete para a interação e para a alteridade e pluralidade. É na nossa relação com o público e em público que somos reconhecidos e que nos reconhecemos. Ajudar o adolescente a desenvolver esta sensibilidade é promover a construção da sua identidade e é agir no sentido de proteger a sua Dignidade Humana.

Nas situações não estruturadas de gestão do ambiente terapêutico, foi comum os jovens partilharem aspetos da sua vida privada que pudessem potenciar a sua vulnerabilidade. Tal pode



ter acontecido pelo seu conforto - por vezes mal interpretado pelo próprio - junto do restante grupo; por uma atitude desafiadora comum no adolescente que procura definir-se enquanto indivíduo e definir os vários papéis que desempenha e que virá a desempenhar, ou simplesmente por falta de crítica em relação ao grau de privacidade referente a determinado tema em determinado contexto. É então, no exercício específico desta competência, dever do enfermeiro intervir nestas circunstâncias.

Sabendo disto de antemão, temos vindo a aprender a gerir estas situações, intervindo, de entre outras formas, através da colocação de limites, da construção de significado com o grupo relativamente às experiências/situações partilhadas pelo jovem, da utilização de estratégias de distração ou mesmo optando por dar ao jovem a possibilidade de, na privacidade de um momento individual, expressar, sentir e, eventualmente, analisar e dar significado à experiência/situação que quer partilhar em grupo mas na segurança de um momento privado. Estas decisões sobre a melhor intervenção a desenvolver implicam também competências de avaliação diagnóstica que nos permitiram avaliar as necessidades, as capacidades e as circunstâncias do grupo, das quais falaremos adiante.

Assim, nesta intervenção com o adolescente foi necessário que enveredássemos por intensas reflexões sobre o que para cada um dos adolescentes cuidados significa o público e o privado. Partindo de um sentido geral dos conceitos, a vivência e a circunstância de cada um dos adolescentes obrigou-nos a uma verdadeira individualização e personalização dos cuidados prestados mesmo em situação de intervenção de grupo. Acreditamos que esta aprendizagem contribui também para o processo de aquisição desta primeira competência comum do EE. Afinal, analisámos a informação necessária com a finalidade de aumentar a segurança das nossas práticas, nas suas dimensões ética e deontológica e adotámos uma conduta antecipatória no sentido de garantir a segurança, a privacidade e a dignidade do adolescente.

O domínio B de competências comuns do EE, diz respeito à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e atribui ao enfermeiro a competência de garantir “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4747). Para demonstrar a aquisição de competências neste domínio, iremos analisar o desenvolvimento de duas atividades em particular: o desenvolvimento em parceria das atividades terapêuticas do cinema e da dança; e da manutenção do ambiente terapêutico quer em contexto estruturado

como as atividades terapêuticas, quer em contextos menos estruturados como a sala de convívio e o momento da refeição que também se pretendem terapêuticos.

Para a aquisição das competências de EEESMP sempre foi nossa intenção ir de encontro ao projeto da equipa e procurar desenvolvê-lo. Assim, na planificação, em parceria, das atividades terapêuticas tivemos oportunidade de participar na melhoria contínua dos cuidados prestados, estruturando sessões, definindo a intencionalidade terapêutica mediante as necessidades do grupo e implementado estas sessões com objetivos terapêuticos específicos. Perante a avaliação dos resultados de uma sessão, a seguinte sessão seria melhorada de forma a reduzir as dificuldades e a satisfazer melhor as necessidades sentidas. Para tal recordamo-nos da introdução do mediador de imagem na terapia mediada pelo cinema, após uma maior dificuldade do grupo em aceder à palavra para abordar determinado tema tocado pelo filme, na sessão seguinte foram introduzidas imagens que promoveram uma maior expressão de sentimentos e vivências, potenciando o impacto terapêutico da atividade e melhorando os cuidados prestados.

Mais adiante se trabalhará o impacto terapêutico do cinema enquanto mediador, no entanto é importante que aqui se reflita sobre o processo de desenvolvimento desta atividade terapêutica e de que forma a nossa presença no estágio contribuiu para a sua melhoria contínua. Como já aqui foi referido a atividade terapêutica mediada pelo cinema já existia na instituição, à sexta-feira, sendo dinamizada por uma equipa de enfermeiros especialistas. Ao integrarmos esta atividade tivemos oportunidade de desenvolver competências de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, como discutiremos adiante, mas também nos foi possível contribuir para a melhoria dos processos associados à intervenção.

Para tal, além do exemplo demonstrado com a introdução do mediador de imagem, construímos um *dossier* com a fundamentação e estruturação da atividade, que até à data não existia na instituição, e estruturámos a discussão e o momento de partilha promovido no final da visualização do filme. Ao integrarmos a evidência encontrada na planificação das sessões terapêuticas de cinema, introduzimos questões e tópicos de discussão que facilitaram ao adolescente a expressão e a validação de sentimentos tanto pelos técnicos como pelos pares. A fundamentação do cinema enquanto intervenção terapêutica e o exemplo de um plano de sessão por nós construído estão presentes neste relatório, no Apêndice 5 e no Apêndice 6, respetivamente. Estas atividades demonstraram o nosso empenho na melhoria contínua da

qualidade de cuidados e contribuíram para uma intervenção terapêutica fundamentada, estruturada e com significado para cada um dos adolescentes presentes.

Ainda na ilustração do processo de aquisição de competências deste domínio tomemos como exemplo os momentos menos estruturados da intervenção neste contexto. Entenda-se como momentos não estruturados a mediação do ambiente na refeição e na sala de estar do grupo que, sem nunca perder o seu objetivo e contexto terapêutico, não cumprem uma estrutura programada e desenrolam-se com uma espontaneidade desejada por parte dos adolescentes e vivida e significada pelos técnicos em cada momento.

Abordar estes momentos permite-nos discutir os aspetos da manutenção do ambiente seguro e de que forma a proteção deste ambiente contribui para a melhoria contínua da qualidade e cuidados, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança. A mediação de temas de conversa nestes contextos é de vital importância para a manutenção de um ambiente seguro, que não fere a privacidade dos jovens, e de um ambiente terapêutico, que dá significado às experiências partilhadas. Participar na gestão deste equilíbrio entre o que é terapêutico e seguro e o que não é terapêutico e não é seguro tem sido com certeza promotor da nossa competência de manutenção de um ambiente seguro.

Olhando em particular para as jovens internadas por perturbação do comportamento alimentar, o momento da refeição pode ser causador de uma grande tensão e angústia. Assistir as jovens a gerirem estes sentimentos é promover um ambiente securizante e promotor da sua saúde mental, intervenção esta que viemos a desenvolver ao longo do estágio. Afinal, ao incentivar e acompanhar o momento de alimentação de um jovem com PCA, o objetivo do EEESMP será o de garantir um momento terapêutico que ajude o jovem a dar significado à refeição e a reconciliar-se com esta necessidade humana básica. No entanto, esta é uma intervenção que não está isenta de riscos, uma irreal avaliação dos limites do adolescente e da relação terapêutica estabelecida podem comprometer a aliança terapêutica e mesmo a integridade do *self* do adolescente que se vê forçado a tocar os limites que tão ciosamente estabeleceu para si e que vê invadidos por aquele em quem depositou a sua confiança. Assim, na aquisição desta competência, o EEESMP na colaboração na definição dos recursos adequados (do seu *self* e da equipa) para a prestação de cuidados seguros, deve prevenir os riscos ambientais e fomentar a sensibilidade, a consciência e o respeito pelas necessidades percebidas como de segurança de um indivíduo.



Num breve parênteses sobre a perturbação do comportamento alimentar e a importância de uma prática promotora da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e da garantia de um ambiente seguro, importa refletir ainda sobre o impacto que os processos individuais do profissional de saúde têm sobre o adolescente com PCA.

Por um lado, sabemos que o enfermeiro é ele próprio o seu principal instrumento de trabalho, tal como discutiremos adiante. Por outro, sabemos que os processos de transferência e contratransferência, quando não bem canalizados, podem prejudicar o ambiente terapêutico, especialmente na intervenção com adolescentes com PCA (Golan, Yaroslavsky & Stein, 2009). Assim, na melhoria contínua do seu próprio instrumento de trabalho o enfermeiro deverá procurar ter uma plena compreensão da realidade do adolescente e de que forma esta afeta a sua forma de ver e estar no mundo e deverá conseguir identificar, dar significado e canalizar os processos de contratransferência que venha a desenvolver na relação com o adolescente, no sentido de garantir a manutenção de um ambiente securizante, contendor e, naturalmente terapêutico. Golan, Yaroslavsky & Stein (2009) são claros quando afirmam que *“the therapeutic milieu should act as a holding and containing environment in which staff members are encouraged to use their countertransference reactions as the channel for moving inward to uncover the underpinnings of their own deep emotions”* (p. 224). É deste modo que pretendemos afirmar que os projetos de melhoria contínua no exercício da enfermagem especializada na área de ESMP devem contemplar tácita ou manifestamente, processos de análise e desenvolvimento do *self*. Assim, entre outras atividades desenvolvidas adiante discutidas, foi na análise e significação dos nossos processos emocionais e, em especial dos processos de contratransferência observados na relação terapêutica, que procurámos garantir a melhoria contínua da nossa prestação de cuidados em todas as vertentes do estágio e, em particular, na gestão do ambiente terapêutico durante a refeição com os adolescentes com PCA.

Foi com este intuito que desenvolvemos os processos aqui descritos procurando construir uma competência não só na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, mas também na garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

Além disto e contribuindo também para o desenvolvimento de competência neste domínio, procurámos construir uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. No desenvolvimento desta proposta procurámos aliar uma necessidade sentida por nós, com o contexto do local de estágio, criando uma resposta que,



estando agora em processo de validação, parece estar de acordo com os referenciais teóricos dos enfermeiros consultados e sua perspectiva de aplicabilidade clínica. Esta proposta quis e quer promover um ambiente seguro e terapêutico para o jovem, procurando garantir as condições de segurança na instituição e no domicílio quer ao nível da gestão do risco de suicídio quer ao nível da construção de fatores protetores que ajudem o jovem e a família a recuperarem a sua saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada um destes contextos. Este é com certeza um projeto que revela o nosso papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas na área da governação clínica, competência comum do EE consagrada pela OE, no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro.

As atividades anteriormente descritas também contribuem para a aquisição de competências do domínio da gestão de cuidados, domínio C. Olhando em particular para a competência C1 que postula que o EE “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748), compreendemos que tanto a construção da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, como o planeamento durante o estágio das sessões de atividade terapêutica mediada pelo cinema contribuíram fortemente para o seu desenvolvimento.

Quanto ao plano, este tem como propósito ajudar o EEESMP, no contexto específico da prestação de cuidados junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, a tomar decisões terapêuticas e organizar a sua prestação de cuidados, intimamente articulada com a equipa multidisciplinar. Quer isto dizer que da união entre a evidência encontrada com um referencial teórico de enfermagem sobejamente conhecido, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, foram definidas linhas orientadoras e objetivos terapêuticos para as intervenções a implementar neste contexto. Este processo pretendeu melhorar a tomada de decisão no processo de cuidar, incluindo a referenciação do jovem, sempre que indicado.

Ao desenvolvermos a proposta de intervenção intrinsecamente ligada à Teoria das Relações Interpessoais, associamos a um conjunto de intervenções suportadas na evidência um processo de cuidados nascido de um referencial teórico da enfermagem. Ao atribuir a cada uma das fases da relação terapêutica defendida por Peplau (1992) intervenções suportadas na evidência, construímos uma resposta de enfermagem para ser mobilizada por enfermeiros. Nesta construção colaborámos nas decisões da equipa de saúde, tendo tido a oportunidade de

humildemente assessorar os enfermeiros e a equipa neste contexto específico de intervenção, à medida que a proposta foi sendo contruída.

Na unidade de competência C1.2. que se refere à delegação de tarefas, também observámos consideráveis progressos. Sabe-se que a delegação de tarefas se faz em alguém no sentido de assistir e não de substituir o enfermeiro e que esta delegação se reporta sempre a delegação da tarefa e nunca da responsabilidade. Afinal, a tarefa certa deve ser delegada à pessoa certa, com a comunicação e orientações certas e com a supervisão adequada (OE, 2007). Neste sentido e recorrendo ao exemplo da gestão do ambiente terapêutico, procurámos delegar aspetos – tarefas – desta gestão em assistentes operacionais sempre que a situação fosse indicada e sempre o que o profissional demonstrasse características para o efeito. Desta forma contribuímos para uma eficiente e eficaz gestão dos recursos humanos da instituição em que desenvolvemos o estágio. Para o desenvolvimento desta competência contribuíram também as aprendizagens desenvolvidas durante o curso de mestrado e durante a nossa experiência profissional como ECG. Neste tempo de experiência fomos aprendendo a avaliar as circunstâncias e os recursos existentes e esta aprendizagem assumiu-se como um importante suporte das competências desenvolvidas nestes dois anos de frequência do Mestrado em Enfermagem.

Quanto aos aspetos da liderança na garantia da qualidade da gestão de cuidados, preconizados pela competência C2 – O EEESMP “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4748) – contribuíram para o seu desenvolvimento não só a experiência no contexto de estágio e a experiência como ECG ao longo da nossa vida profissional, mas também unidades curriculares estratégicas do Mestrado em Enfermagem como Gestão em Saúde e Governação Clínica.

Iniciando a nossa reflexão pelas aprendizagens nesta unidade curricular, é importante que aqui descrevamos uma revisão integrativa de literatura que desenvolvemos no seu contexto acerca do impacto de determinadas características de liderança em equipas de enfermagem. Nesta revisão de literatura que desenvolvemos, compreendemos que há determinados aspetos da liderança que podem ser transformadores para a equipa liderada. Cherian e Karkada (2017), no seu inventário de 5 competências de liderança em enfermagem defendem que o líder em enfermagem deverá ter **competências cognitivas** que lhe permitam uma leitura completa e

complexa da realidade, assim como uma excelente capacidade de resolução de problemas, **estabilidade e resiliência** que lhe permitam manter uma linha de raciocínio, discurso e comportamento coerentes e que promovam o seu crescimento perante os desafios e as críticas que deverá procurar tornar tendencialmente construtivas, **consciencialização e a apropriação** dos valores de enfermagem e dos desafios exigidos pela profissão e pelo contexto que granjeiam ao líder e à equipa um sentimento de compromisso relativamente à justiça das decisões tomadas. A **inteligência emocional** permite ao líder uma melhor compreensão do outro, enquanto colaborador e enquanto Cliente dos cuidados e com quem se define um plano de cuidados. Por fim, a **motivação** diz respeito à capacidade do líder se comprometer com os desafios e de gerar no outro este compromisso. Claro está que esta revisão integrativa foi fomento para intensa reflexão sobre os nossas próprias capacidades e competências para assunção do papel do líder que em breve nos seria exigido face ao iminente exercício profissional como EE. Desta reflexão pudemos identificar características que já possuímos e características que podem e devem ser desenvolvidas tanto no contexto do estágio, como ao longo da nossa vida pessoal e profissional.

Desta reflexão e da experiência em estágio compreendemos que temos desenvolvidas importantes competências de resolução de problemas verificadas pela conceção do *dossier* de orientação para a atividade terapêutica mediada pelo cinema e pela construção da proposta de intervenção já aqui descrita e que surgiram para colmatar necessidades/problemas identificados. Também demonstrámos resiliência e capacidade de autocritica face aos conselhos, indicações e críticas construtivas efetuadas pelas enfermeiras orientadoras. Demonstramos também capacidade de consciencialização, compromisso e motivação pela dedicação por nós demonstrada neste processo de aquisição de competências pela motivação da equipa para adesão aos princípios e objetivos orientadores da proposta de plano apresentada. A inteligência emocional é competência que temos vindo a desenvolver e cujo estadio de desenvolvimento procuraremos demonstrar adiante através do processo de aquisição de competências relativamente à consciência de nós próprios e à competência de avaliação do indivíduo, família e comunidade.

De qualquer forma, durante o estágio procurámos promover um ambiente seguro junto da equipa tendo mantido uma atitude proactiva e disponível. Pelo investimento na prática baseada em evidência e pela nossa experiência em contexto de adultos tivemos oportunidade de participar e, por vezes liderar, determinadas circunstâncias de cuidado.



Desta forma, verificamos o início da construção de competências neste domínio da gestão dos cuidados.

Refletindo agora nas nossas aprendizagens no domínio de competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, domínio D, necessitamos novamente de efetuar um pequeno preâmbulo. Hiledegard Peplau tem vindo a pontuar fortemente este relatório, pela mobilização da sua teoria na construção da proposta de plano de intervenção. Efetivamente Peplau (1992) contribui para a construção da relação terapêutica preconizada nesta proposta e defende as competências inerentes a este domínio que se relacionam com o crescimento pessoal e uma elevada consciência de si. No entanto, outros teóricos da enfermagem defendem esta consciência de si tal como Martha Rogers na sua Teoria do Ser Humano Unitário e Rosemarie Rizzo Parse na sua teoria do *Human Becoming*, ou Vir a Ser humano. Ainda assim, existe uma filosofia de enfermagem que tem vindo a pautar a nossa *praxis* clínica e inclusivamente as nossas aprendizagens pessoais ao longo destes dez anos de exercício profissional e que não poderia ficar de fora deste relatório. Esta é a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (Watson, 2002). Não querendo proceder aqui a uma explicação desta teoria, não só porque esta não será estranha ao leitor, mas também porque não vem acrescentar particular interesse ao processo de aquisição das competências deste domínio, é importante que se reitere que vários aspetos desta teoria influenciaram a nossa prestação de cuidados.

Um destes aspetos que aqui deve ser analisado e discutido é a mudança ontológica do paradigma da enfermagem, em especial pelo seu particular desejo do cultivo de um eu mais profundo e com uma consciência mais elevada. A primeira competência deste domínio pugna exatamente por esta condição, o EE “detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, 2019). Se a enfermagem está fortemente impregnada por um sentimento e percurso de relação com o outro, gera-se naturalmente uma necessidade absoluta de crescimento pessoal e profissional em que o enfermeiro desenvolve o seu poder de cuidar e atribui significado e intencionalidade a cada gesto de cuidar (Watson, 2002). Tal só é possível através de uma intensa reflexão sobre si e sobre a sua relação com o outro, num sentido crítico de autoconhecimento e potenciação de crescimento pessoal.



Afinal, tal como também o refere le Boterf (2006), a construção de uma competência está intrinsecamente ligada à sua vertente de reflexividade que incentiva o profissional a procurar “uma melhor tomada de consciência das suas práticas, no sentido de as formalizar ou conceptualizar” (le Boterf, 2006, p. 63). Este relatório é um importante instrumento desta conceptualização, que nos permitiu verbalizar o processo de aquisição de competências e dar-lhe outras formas como a conceptualização da intervenção do EEEMP junto do jovem com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio.

A nossa *praxis* clínica tem sido pontuada por este sentido e procura de uma elevada consciência de nós próprios, processo este intensificado e melhor estruturado ao longo destes dois anos de mestrado em enfermagem através de unidade curriculares como Desenvolvimento Pessoal, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e Relação de Ajuda em Enfermagem, através das nossas experiências em ambos os estágios e através da execução deste relatório. Como analisaremos adiante, na primeira competência específica do EEESMP, procedemos a um meticoloso e dedicado trabalho de tomada de consciência de nós próprios, já bastante estimulado pela nossa prática baseada na evidência e intencionalmente promotora de um eu mais elevado tal como o defende Watson (2002).

Este processo foi francamente enriquecido pela nossa constante procura e otimização da congruência entre auto e heteroperceção. Quer analisando as relações terapêuticas por nós estabelecidas, quer analisando a nossa prestação nas atividades terapêuticas de grupo procurámos aferir a nossa autoperceção com a heteroperceção experimenada pelos jovens, família e outros técnicos, em particular pelas enfermeiras orientadoras e pelo docente orientador. Este processo de aferição desta congruência ainda que constante, foi formalizado nos momentos de avaliação formativa e sumativa de ambos os estágios.

Para que descrevamos o nosso processo de construção da segunda competência deste domínio, a D2, que postula uma *praxis* clínica especializada e baseada em evidência científica (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro), é importante que aqui coloquemos o nosso entendimento sobre o conceito de *praxis*. Alicerçada na competência, a *praxis* está intrinsecamente relacionada com determinados valores e procura ser plena de significado e adaptada à realidade e circunstância (Bulman e Shutz, 2013). Para os autores (2013), esta *praxis* não é apenas auto-centrada no processo de crescimento do profissional, mas está fortemente impregnada pelo sentido de compromisso que o Enfermeiro assume com o seu

Cliente, seja ele indivíduo, família, grupo ou comunidade. Suportando-nos em Nunes (2018) que afirma que a *praxis* em enfermagem requer capacidades nucleares de respeito por Si e pelo Outro, de iniciar, manter e concluir relações de ajuda, de desenvolvimento das potencialidades do outro<sup>7</sup> e de ser capaz de uma prática integral e integradora de profissionalismo e evidência científica, procurámos garantir estes elementos em todas as relações terapêuticas estabelecidas e em todas as tomadas de decisão que desenvolvemos. Esta *praxis* agrega, então elementos subjetivos que se relacionam com a estruturação dos valores, interpretações e produções de juízos, o treino dos sentidos e a educação, entre outros, com elementos objetivos que se relacionam com os resultados observáveis como os efeitos dos comportamentos, a superação dos obstáculos ou os meios de trabalho empregues (Nunes, 2011).

Neste universo de competência para uma verdadeira *praxis* clínica, além de um intenso desenvolvimento individual, como anteriormente defendido, é necessária, tal como descrito numa das unidades de competência desta competência, uma prática assente num pensamento científico válido. Apontando-nos, então, para uma prática baseada na evidência que temos vindo a tentar desenvolver não só ao longo da nossa vida profissional, mas especialmente ao longo destes dois anos de mestrado e, em particular, no contexto do estágio.

Antes de nos dedicarmos às unidades de competência referentes a esta competência, gostaríamos de refletir sobre alguns dos campos de investigação e prática clínica a que nos temos vindo a dedicar durante estes dois anos de mestrado em enfermagem, são eles a adolescência e o suicídio.

A adolescência foi com certeza uma área de estudo particularmente trabalhada, não nos foi possível conceber o nosso exercício profissional no contexto específico da pedopsiquiatria sem antes procurar ter um conhecimento mais compreensivo e abrangente do processo de adolescência. Foi-nos necessário compreender os processos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais que os adolescentes, cada um à sua maneira, vivenciam no caminho até à idade adulta. Esta leitura que procurou ser tendencialmente mais complexa da realidade do outro ajudou-nos a desenvolver conhecimentos nestas áreas, compreendendo melhor o processo de adoecer psíquico de um adolescente. Com este percurso tornou-se mais fácil compreender o

---

<sup>7</sup> Esta intenção de ajudar o outro a desenvolver as suas potencialidades encontra eco em Peplau (1992) e na sua procura pela mudança de comportamento desejada pelo paciente e na tendência atualizante que Rogers (2009) atribui a todos os indivíduos.

papel das vivências subjacentes ao processo de doença do jovem, assim como se tornaram mais compreensivos a nossa avaliação diagnóstica do seu estado mental e circunstância e o planeamento, em parceria, das intervenções de enfermagem especializada, sobre as quais falaremos adiante.

Para o efeito, além da consulta de evidência e outra produção científica ou filosófica na área, participámos ainda em alguns eventos que versaram as alterações da saúde mental dos adolescentes, assim como a sua relação com a família, grupo e comunidade.

O suicídio foi outra grande área de interesse durante o estágio, não só pela elevada prevalência nos jovens internados durante o Estágio Final, mas também por ter sido este o tema principal do nosso projeto de intervenção. Estudando o suicídio na adolescência pudemos compreender os seus fatores de risco, os seus fatores precipitantes e os fatores que protegem o adolescente do desenvolvimento de comportamento suicidário. Na revisão *scoping* desenvolvida ao longo do estágio e na observação de cuidados prestados pelos enfermeiros da equipa identificamos intervenções para a gestão da crise suicidária, leia-se ideação suicida com plano e tentativa de suicídio. Através desta identificação, desenvolvemos a nossa prestação de cuidados fundamentada em evidência, baseada no nosso quadro referencial teórico de enfermagem, e sobre a qual refletiremos no âmbito das competências específicas do EEESMP.

Para compreender melhor o tema e as suas implicações e para aprender intervenções em particular, frequentamos a formação para dinamizadores do programa “+ Contigo”, o que se constituiu como uma mais-valia em conhecimento na atualidade e poderá tornar-se um projeto a desenvolver no futuro, já como EEESMP.

O tema do comportamento suicidário também nos permitirá ilustrar alguns dos critérios de avaliação que comprovam a aquisição da competência referida em D2. Para a construção da proposta de plano de intervenção identificámos lacunas do conhecimento e caminhos relevantes para a investigação, afinal, na intervenção do EEESMP no contínuo do comportamento suicidário do adolescente, em Portugal, só se encontraram na evidência programas que versavam as medidas universais e seletivas, nem tanto as indicadas, e programas de posvenção, com sobreviventes<sup>8</sup> de suicídios consumados. Identificámos, então, na evidência consultada uma

---

<sup>8</sup> Este é um conceito definido pela DGS que afirma que os sobreviventes do suicídio são familiares e amigos expostos ao suicídio consumado de um ente querido (DGS, 2013).



lacuna concreta no conhecimento e uma oportunidade de investigação. Na produção da revisão *scoping* da literatura e no processo de validação do plano procurámos concretizar estudos de investigação e, ao organizar a nossa proposta de plano de intervenção num esquema conceptual interpretámos e organizámos os dados oriundos da investigação. O presente relatório pretende, entre outros objetivos, discutir as implicações desta investigação.

No que diz respeito à divulgação dos resultados da investigação, durante este período de mestrado tivemos oportunidade de participar como oradores em comunicações livres (Anexo 1 e Anexo 2) e apresentar pósteres em eventos da especialidade (Anexo 3). Estas atividades permitem-nos demonstrar que contribuímos para a construção do conhecimento em enfermagem e para o desenvolvimento da prática clínica especializada em ESMP.

Além de tudo isto, toda a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica por nós desenvolvida pretendeu ser baseada em evidência. Quer se olhe para os processos de relação terapêutica que viemos a estabelecer, quer se olhe para o planeamento das atividades terapêuticas de grupo dinamizadas, quer se olhe para a gestão da prestação de cuidados nos momentos menos estruturados e informais, procurámos sempre tomar decisões baseadas em evidência e conhecimentos sólidos. Acreditamos assim possuir e demonstrar conhecimentos de enfermagem na área da ESMP, tendo tentado rentabilizar as oportunidades de aprendizagem que nos foram proporcionadas.

Concluída a análise, por ora, do processo de construção das competências comuns do EE, importa agora dedicarmo-nos à exploração do processo de construção das competências específicas do EEESMP.

## 7.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Detendo-nos na **primeira competência**, F1, que postula que o EEESMP “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto) compreendermos que talvez esta tenha sido a



competência a que dedicámos mais tempo e empenho, tendo dedicado a esta não só as horas de estágio e de autoestudo orientado, mas também cada momento da nossa vida pessoal. Esta é com certeza a mais transversal das competências específicas, sem a consciência da qual, torna-se difícil e, talvez até oco, o desenvolvimento de atividade sob a égide das outras competências específicas.

Se o enfermeiro é o seu principal instrumento na intervenção terapêutica (OE, 2018b), conhecer-se a si próprio, conhecer as suas competências, os seus limites e o seu papel no seio da equipa é fundamental para que se possa assistir a pessoa/família/comunidade ao longo do seu ciclo de vida na otimização da sua saúde mental, para que possa ajudar o indivíduo/grupo/comunidade a recuperar a sua saúde mental e para que possa prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, socioeducacionais e psicoeducacionais ao indivíduo/família/comunidade.

A importância deste processo de auto-conhecimento e auto-reflexão está amplamente descrito na literatura e na evidência produzida sobre o desenvolvimento de competências de EEESMP. Lopes (2018) afirma que a utilização da relação como instrumento terapêutico implica que o EEESMP tenha uma elevada consciência de si e um investimento considerável no seu desenvolvimento pessoal e profissional. Este investimento traduz-se numa prática reflexiva de enfermagem que Bulman e Shutz (2013) associam também ao desenvolvimento de capacidade de *self-awareness*, que poderá ser também livremente traduzido por consciência de si, sentido crítico e capacidade de avaliação e síntese da realidade.

Como não poderia deixar de ser, numa intenção de manter uma abordagem humanista e holística junto do Cliente, tivemos necessidade de recorrer a Rogers (2009) para desenvolver um processo integrado de reflexão sobre nós próprios e sobre a nossa prática. Numa reflexão sobre as aprendizagens que fez ao longo da vida e que contribuíram para a sua ação como terapeuta, Rogers (2009) descobriu que se tornou mais eficaz quando se disponibilizou para se ouvir a si mesmo e para se aceitar, quando desenvolveu a sua autenticidade. Este foi com certeza um princípio orientador para a aquisição desta competência por nós próprios. Ao longo deste período procurámos não só conhecermo-nos melhor, como o determina o enunciado da competência, mas também aceitar estas novas aprendizagens e os frutos deste auto-conhecimento. Afinal, tal como afirma Rogers (2009), o grande objetivo que estará provavelmente na mente de todos os indivíduos, é tornarem-se eles próprios, é terem a

liberdade de exercerem a sua autenticidade. Foi também nestes pressupostos que aqui enunciámos que assentámos o desejo de construir sólidos padrões de reflexão sobre nós próprios enquanto Ser Humano e enquanto Enfermeiro. Afinal, e aqui daremos forma a uma certa liberdade criativa quando parafraseamos Agostinho da Silva, “só se deve desejar a alguém que se cumpra” (Agostinho Baptista da Silva, 2005, p.86). Dito de outro modo, o especial sentido da existência humana está claramente entretecido com o cumprimento de todo o seu potencial<sup>9</sup>.

Sabendo de antemão o tamanho desta hercúlea tarefa, importa agora olhar e pensar sobre as atividades que temos vindo a desenvolver no sentido de subirmos alguns degraus – nunca todos – nesta realização de potencial. Para tal desenvolvemos algumas atividades e reflexões durante este período de estágio e temos vindo a desenvolvê-las também no contexto da nossa vida profissional e pessoal. Como o fizemos? No que ao estágio diz respeito, e de um modo geral, esta competência foi desenvolvida nas relações terapêuticas que estabelecemos, nas intervenções terapêuticas de grupo que dinamizámos em parceria, na gestão do ambiente terapêutico em ambientes formais e informais, na discussão das situações de cuidados com as enfermeiras orientadoras e docente orientador e com a restante equipa e com a reflexão cuidada sobre os cuidados prestados e dificuldades encontradas.

Detendo-nos nos critérios de avaliação da unidade de competência, podemos agora afirmar que desenvolvemos trabalho na identificação “no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428) e na gestão dos “fenómenos de transferência e contra — transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428). Este desenvolvimento surge

---

<sup>9</sup> Esta é uma referência já descrita por Parse (1992) na sua teoria “Human Becoming”, livremente traduzido como teoria “Vir a Ser Humano”. Neste sentido, “*human becoming is contrascending multidimensionally with the unfolding possibilities*” (Parse, 1992, P. 38) que por outras palavras significa que este processo de vir a ser humano é transcendermo-nos multidimensionalmente através das várias possibilidades que se nos apresentam. Mais uma vez, lembramo-nos de que cada ser Humano é ele próprio - o Eu ou o Self - e a sua circunstância – que é também o Outro e o local e tempo em que está inserido; é ele próprio e os seus recursos, nas circunstâncias em que vive (ou com quem vive) e em que desenvolve este seu potencial. Este exemplo paradigmático fundamenta esta nossa procura pela construção de competências. Procurámos desenvolvermo-nos, enquanto EEESMP com os nossos recursos pessoais, sem nunca esquecer a circunstância em que estamos inseridos e o Outro com quem nos relacionamos.

da nossa reflexão sobre os processos terapêuticos que desenvolvemos ao longo do estágio. Analisando os momentos individuais que promovemos com alguns dos jovens internados durante este período, sentimos que determinadas circunstâncias causaram determinado impacto em nós.

Relembrando agora o desconforto que sentimos perante determinadas expressões de carência de afeto que uma jovem verbalizou e de que forma, trabalhando sobre este desconforto, pudemos projetar uma intervenção diferente no futuro, conseguimos visualizar este percurso de identificação das nossas reações emocionais, da sua análise e da sua apropriação na intervenção subsequente. Uma intervenção em que se conseguisse dar sentido a este nosso desconforto e que não transportasse um impacto de contratransferência nocivo para a relação terapêutica.

Para fazer este percurso reflexivo, sentimos necessidade de recorrer à evidência produzida sobre o tema. Assim, O'Kelly (1998) atribui à contratransferência sentimentos, sensações e atitudes intensos no enfermeiro, não congruentes com a realidade em questão. Neste sentido, a autora (1998) referiu três expressões em particular de processos de contratransferência comuns nos enfermeiros e que têm sido pouco descritos na literatura produzida por enfermeiros: o sobre-envolvimento, a "withdrawl" (O'Kelly, 1998, p. 295) ou retirada/afastamento e os sintomas físicos. Peplau (1992) também já se tinha referido a este padrão de retirada observado em algumas relações interpessoais estabelecidas por enfermeiros com os seus pacientes. No caso descrito em particular, tratou-se de uma expressão de contratransferência através de sintomas físicos. A análise reflexiva de toda esta circunstância permitiu-nos, tal como já o afirmámos, dar significado à experiência e traduzi-la num gesto integrado de otimização da intervenção terapêutica.

Outra tomada de consciência que experimentamos dentro do desenvolvimento desta competência está relacionada com as expetativas que transportamos para a relação. Se antes sentíamos uma grande expetativa de resultado, de eficácia demonstrada e demonstrável, neste momento conseguimos pensar o momento de interação tal como ele é, uma oportunidade, é certo, mas também, e acima de tudo, um encontro entre duas pessoas. Colocar expetativa nesta interação é esperar algo do outro e de nós próprios. Ora, esta expetativa poderá deturpar o processo de estabelecimento de relação terapêutica. Por um lado, a expetativa é nossa, não é do Cliente, ora, não podemos querer do outro o que ele próprio não quer para si, estaremos a condenar-nos à frustração enquanto terapeuta. A intervenção terá que estar relacionada com o



que o Cliente sabe do seu problema, com o que o preocupa e com as capacidades que reconhece em si (Lopes, 2018). Este argumento está em linha com a decisão de intervenção por nós assumida que é uma intervenção que aspira à não diretividade, tal como a postula a ACP e da qual falaremos adiante e que também é reiterada por Phaneuf (2005) quando coloca como uma das atitudes e requisitos elementares da relação terapêutica esta dita não diretividade.

Por outro lado, esta expectativa coloca em nós o desejo de perfeição, faz-nos esperar de nós próprios algo que talvez ainda não estejamos prontos a desenvolver. Recuperando aqui o conceito de Winnicott (2005) de terapeuta suficientemente bom e as seis condições necessárias e suficientes<sup>10</sup> da ACP (Rogers, 2003), compreendemos que acima de tudo, o terapeuta e, neste caso o enfermeiro, em processo de relação terapêutica com o seu Cliente, tem de estar congruente consigo próprio. Ou seja, no exercício da sua liberdade para a autenticidade e no respeito pelos Princípios Humanos Universais da Não Maleficência em primeiro e da Beneficência, em segundo, o terapeuta e o cliente desenvolverão o melhor trabalho possível, no limite das capacidades e potencialidades do Cliente e da competência do Enfermeiro, leia-se a aliança dos seus recursos, da pertinência da sua ação e da reflexividade da sua prática (le Boterf, 2006).

Procurando ainda em Rogers (2009) uma forma de ultrapassar esta dificuldade, compreendemos então que quanto mais disponíveis estamos para a nossa realidade e para a do outro, menos nos vemos a tentar remediar os problemas do outro a todo o custo. Procurámos antes desenvolver uma prática que procura manter um olhar incondicionalmente positivo perante o outro. É nesta crença, alicerçada em sólidos processos de psicoterapia, como é o caso da ACP (Bozarth, 2002), que procurámos despir-nos destas expectativas que dizem respeito apenas à nossa realidade, permitindo-nos apropriarmo-nos da realidade do outro e ajudá-lo a realizar-se enquanto Ser Humano, no respeito pelas suas próprias potencialidades e pela sua própria tendência atualizante. Na verdade, isto também está previsto por Lopes (2018) quando

---

<sup>10</sup> Na ACP estão postuladas seis condições nem sempre necessárias, mas sempre suficientes para a existência de intervenção terapêutica, são elas a existência de duas pessoas em contacto psicológico; o Cliente estar em estado de incongruência; o terapeuta estar congruente; o terapeuta experienciar um olhar incondicionalmente positivo em relação ao cliente; o terapeuta procurar compreender o quadro de referências do Cliente e esforçar-se por transmitir-lho; o Cliente compreender esta resposta de compreensão empática dada pelo terapeuta (Rogers, 2003)



orienta o seu processo de avaliação diagnóstica pela análise do que o paciente sabe sobre o seu problema, do que o preocupa e daquelas que são as suas capacidades.

Esta disponibilidade do enfermeiro para o Cliente também foi defendida por Peplau (1997) que reconhece no diálogo interpessoal infinitas possibilidades de transformação do Cliente. Sobre o assunto e citando Peplau (1965), Barker (1998) refere que a linguagem influencia o pensamento e que este influencia ação. Deste modo, pensamento e ação evocam sentimentos que se entretecem com determinada circunstância. É neste processo de redescoberta assistido pelo enfermeiro que o Cliente inicia o seu processo transformacional que se concretiza na mudança de comportamento que está definida como meta (Peplau, 1992). Ora, para o efeito e para uma plena presença do enfermeiro em relação, este tem de investir no seu auto-conhecimento no sentido de saber exatamente quanto de si está a colocar nesta relação interpessoal e qual o seu impacto no Cliente e no processo.

Mais se acrescenta que quando se analisa este processo relativamente a um paciente com características psicóticas e, mobilizando Barker (1998), compreendemos que todos nós somos simplesmente humanos e as respostas à doença mental são tendencialmente inteligíveis pois, de uma forma ou de outra, ressoam em nós os comportamentos e atitudes observadas. Referindo-se à pessoa com psicose, Peplau (1995), citada por Barker (1998) identifica respostas humanas compreensíveis, face à necessidade identificada pelo Cliente, que podem ou não estar em sintonia com a realidade.

Ainda neste caminho de autodescoberta, neste estágio pudemos compreender que utilizamos, por demasiadas vezes, a técnica da revelação de si. Ao tomar consciência deste uso continuado, pudemos também compreender o impacto por vezes onipotente e tantas vezes diretivo da nossa intervenção, contrária àquilo que desejamos. Ao tomar consciência desta utilização excessiva pudemos reduzir a sua expressão e, naturalmente, o seu impacto na relação terapêutica. Este exercício e outros semelhantes permitiram-nos desenvolver competência no sentido de manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428) e monitorizar as nossas “reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este «dar conta de si» integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428).

As reflexões sobre o *setting* terapêutico da intervenção de enfermagem foram também importantes para o desenvolvimento desta competência. Ao pensar sobre esta perspetiva tomámos consciência de que o papel do enfermeiro é desenvolvido maioritariamente fora do gabinete e na prestação efetiva dos cuidados – nos cuidados de higiene, na refeição, durante as atividades recreativas, entre outras – quando o indivíduo experimenta as alterações da sua funcionalidade. Esta constatação ajudou-nos a pensar sobre o nosso papel enquanto enfermeiro e sobre a forma como nos devemos posicionar durante esta intervenção.

O enfermeiro, especialmente em situação aguda como é o contexto deste Estágio Final, presta cuidados ao indivíduo na sua situação mais vulnerável e no momento de maior confronto com esta mesma vulnerabilidade. Ora, trata-se então não só de uma circunstância extremamente exigente e desafiante, mas também de uma excelente oportunidade de intervenção terapêutica. Por um lado, há uma maior necessidade de compreensão dos limites da relação terapêutica e sensibilidade para estar com o outro nos seus momentos de maior intimidade. Por outro lado, esta particularidade do *setting* terapêutico confere ao cuidado de enfermagem um manancial de oportunidades de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Julgamos que neste estágio temos vindo a desenvolver competências nestas duas grandes áreas, tanto na compreensão dos limites do nosso papel como na otimização das oportunidades de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica nesta circunstância.

Esta é uma área amplamente discutida por Lopes (2018) quando relembra os componentes inerentes à relação terapêutica definidos pelo *College of Nurses of Ontário*. Um destes componentes é a intimidade profissional que toca neste *setting* terapêutico da vulnerabilidade humana tanto ao nível da intimidade física como ao nível da possibilidade de vivência partilhada<sup>11</sup> de situações de crise.

As aprendizagens que temos desenvolvido nas intervenções em grupo também têm contribuído para o desenvolvimento desta competência. Ao depararmo-nos com vários desafios na intervenção neste contexto temos vindo a desenvolver um processo reflexivo de forma a definir as nossas dificuldades, dar-lhes significado e transformá-las em aprendizagens sobre nós

---

<sup>11</sup> Com esta ideia de vivência partilhada referimo-nos à presença do enfermeiro junto do Cliente nas situações de crise, que no desempenho das suas competências e no respeito pelos seus limites profissionais, mantém a sua capacidade de resposta empática (Rogers, 2003), sem excluir a possibilidade da compaixão (Nussbaum, 2000, citado por Nunes, 2009).

próprios, enquanto enfermeiro que desempenha o papel de terapeuta, desenvolvendo estratégias para intervenção que aspira a ser terapêutica.

Um exemplo deste processo em concreto surgiu na nossa dinamização de atividades terapêuticas mediadas pelo cinema. Nesta vivência compreendemos que temos uma tendência natural para nos focarmos apenas na racionalidade dos processos, para estimular o pensamento intelectual nos indivíduos esquecendo-nos, não raras vezes, de promover a exploração emocional da vivência defendida na regulação de competências do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto). Isto aplica-se não só no contexto de estágio, mas também nas intervenções em grupo, e aqui referimo-nos à nossa prática no contexto profissional, em que nos limitamos demasiadas vezes a estudar a racionalidade do processo e menos a experiência emocional e a sua análise. A prática desta atividade no local de estágio, em conjunto com outros co-terapeutas – as enfermeiras orientadoras e outros enfermeiros do serviço – tem-nos ajudado a refletir sobre este processo e a procurar com mais frequência o leque emocional do Outro durante a atividade, permitindo uma maior oportunidade para um verdadeiro processo terapêutico.

Assim, ao longo do estágio passámos a compreender a necessidade de orientar a discussão do grupo no final da visualização do filme, na atividade terapêutica mediada pelo cinema, ou pela dança, para a vivência emocional dos jovens e para tentar trabalhá-la no grupo ou, pelo menos programar uma intervenção individual com determinado jovem para explorar esta vertente da vivência. Esta abordagem permite uma maior integração das aprendizagens e experiências associadas ao processo terapêutico.

Ao se associar uma emoção a uma vivência, esta será naturalmente mais perene e terá maior força na modificação das estruturas prévias do indivíduo. Numa perspetiva de tendência atualizante, tal como a define Rogers (2009), o indivíduo estará a desenvolver competências, tornando-se mais apto a gerir as suas situações difíceis, transcendendo-se em múltiplas dimensões (Parse, 1992). A par deste processo, fomos construindo este conhecimento pessoal<sup>12</sup> que potenciará a nossa intervenção enquanto EEESMP.

Todas estas aprendizagens têm sido alvo de intensa reflexão muitas vezes efetivadas em reflexões escritas ao longo do estágio. Acreditamos assim ter contribuído fortemente para a

---

<sup>12</sup> Este conhecimento pessoal refere-se aos padrões de conhecimento de enfermagem definidos por Carper (1978).



vertente de reflexividade que le Boterf (2006) atribui à competência e ter construído novos e importantes marcos neste conhecimento pessoal (Carper, 1978), neste caso de nós próprios.

Com o desejo de melhorar a nossa competência na intervenção terapêutica decidimos iniciar um processo de formação em Abordagem Centrada na Pessoa. Sobre o impacto desta formação nas competências de avaliação e intervenção discutiremos adiante, no entanto, paralelo a este processo de formação, iniciámos um processo de psicoterapia em ACP cujos detalhes não trazem relevância para este relatório, mas que tem permitido otimizar a nossa consciência sobre nós próprios, aumentando a nossa capacidade de identificação de emoções, sentimentos, valores e “pré-conceitos” que possam interferir na relação terapêutica ou na interação com a equipa multidisciplinar. Posto isto, acreditamos ter desenvolvido processos de autoconhecimento e de desenvolvimento pessoal e profissional no sentido de deter um elevado conhecimento e consciência de nós próprios.

Importa agora fazer aqui uma pausa na análise das seguintes três competências específicas para ilustrar algumas aprendizagens assimiladas durante a construção da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Projeto este que em muito contribuiu para o desenvolvimento da nossa competência na área de avaliação das necessidades de um indivíduo com comportamento suicidário e no planeamento e execução de uma intervenção terapêutica. Não nos alongando nas razões já aqui descritas da escolha do tema, a nossa ação pretende, como já o referimos, construir uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente, com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, em contexto de internamento.

Na pesquisa para estruturar este projeto encontrámos um conjunto de intervenções que temos vindo a desenvolver junto dos jovens com quem prestamos cuidados, numa procura necessária por uma prática baseada na evidência. Esta prática contribuiu, entre muitas outras atividades, para o desenvolvimento das competências F2, F3 e F4.

Olhando, então em especial para a **segunda competência** específica que postula que o EEESMP “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428), temos vindo a desenvolver competências na avaliação dos fatores de risco de suicídio presentes no momento atual e que poderão ser trabalhados em contexto de internamento, assim como



dos fatores protetores que podem ser otimizados neste contexto. Neste trabalho acreditamos ter contribuído para assistir o jovem na otimização da sua saúde mental.

Ainda na avaliação das capacidades internas do indivíduo e recursos externos, tivemos oportunidade de, tanto na intervenção individual como na intervenção em grupo, identificar estes recursos e ajudar alguns jovens na sua otimização.

No que ao jovem em crise suicidária diz respeito e reportando-nos à revisão *scoping* desenvolvida, temos vindo a envidar esforços no sentido de identificar a circunstância de vida conducente à tentativa de suicídio ou ao seu planeamento e temos vindo a procurar e identificar sentimentos de ambivalência no jovem tanto em contexto de intervenção terapêutica individual, como em grupo. Tem sido neste processo de avaliação diagnóstica que temos suportado as nossas decisões no planeamento, em parceria, da prestação de cuidados, tal como discutiremos adiante.

Olhando agora para a circunstância global do Estágio Final, na prestação de cuidados ao grupo em momentos não estruturados temos também desenvolvido competências de avaliação e identificação de necessidades específicas. Exemplo desta aquisição é o caso já aqui descrito de necessidade de clarificação dos conceitos e circunstâncias do público e do privado junto de determinados jovens quer em contexto de grupo, quer em intervenções pontuais<sup>13</sup> individualizadas.

Vejamos então em pormenor todo este processo. Ao atentarmos ao descritivo da competência F2, compreendemos que esta implica não só uma recolha de informação relevante sobre o indivíduo/família/grupo, mas também – e com recurso – à mobilização de “aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação de comportamento” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21428), de forma a garantir uma avaliação plena e abrangente do Cliente.

Analisando este descritivo, conseguimos encontrar um processo em que a mobilização das competências do enfermeiro produz o resultado de uma avaliação integral do Cliente. Assim, para que se possa efetuar esta avaliação, o enfermeiro deverá procurar perpetuamente desenvolver as suas aptidões de comunicação e de relação interpessoal, assim como o seu

---

<sup>13</sup> Referimo-nos aqui ao está postulado pela OE (2018) que, definindo o que são intervenções específicas do EEESMP, descreve a intervenção psicoterapêutica pontual.

conhecimento, baseado em evidência científica, sobre a promoção e proteção da saúde mental dos Clientes com quem cuida.

Deste modo, olhando primeiro para os conhecimentos sobre doença mental e saúde mental que desenvolvemos, construímos ao longo do estágio, um conhecimento mais compreensivo do processo da adolescência e, naturalmente, das suas necessidades específicas. Em paralelo temos vindo a desenvolver um conhecimento, também ele mais compreensivo, sobre o suicídio e, em particular, sobre o suicídio na adolescência que assume contornos singulares. Esta pesquisa permitiu-nos desenvolver competências de avaliação diagnóstica neste contexto. Não só por termos uma mais completa compreensão do processo, dos sentimentos e das problemáticas prevalentes do adolescente em geral, mas também porque nos despertou para a singularidade de cada indivíduo com quem cuidámos, garantindo este repeito pelo Outro, inerente à *praxis* clínica da enfermagem (Nunes, 2018).

Outra realidade por nós cuidadosamente analisada é a do adolescente que sofre um episódio psicótico, não sendo estranho o processo de psicose à nossa experiência profissional, este toma proporções e aspetos particulares quando se trata de um adolescente. Sabemos que a psicose implica uma alteração do pensamento e da perceção (Abreu, 1997) e que, portanto, a relação do indivíduo consigo próprio, com a sua circunstância e com o Outro está francamente prejudicada. Sobre o assunto, Peplau (1992) afirma que a pessoa com doença mental frequentemente necessita de ajuda profissional para identificar estes padrões de ação, pensamento e perceção distanciados da realidade.

Num pequeno parêntese que aqui fazemos sobre o conceito de *self*, Góis e Brites (2004) atribuem-lhe algumas características fundamentais. Numa reflexão crítica e historiográfica sobre o conceito de *self*, os autores (2004) defendem que o *Self* é identitário, pois permite ao indivíduo saber o que “ele é” e o que “ele não é”, fornecendo-lhe os limites do “Eu”. É diferenciador, pois é neste processo que o indivíduo sabe quem é o Si e o Outro. Estas experiências existem não só sob a forma de perceção do que se é, mas também sob a forma de integração e análise sobre o como se é. Esta consciência está fortemente relacionada com uma autoperceção em contraste

com a percepção alheia<sup>14</sup>. Além disto, o *self* é naturalmente evolutivo e tendencialmente complexificante.

Ora, a adolescência é um processo particularmente intenso de construção e adaptação do *Self*, o que vai trazer particularidades na resposta à doença do adolescente, tal como já referimos. No entanto, em contexto de psicose este processo está intrinsecamente alterado e pode ter repercussões para o resto da vida. Numa alteração do pensamento e percepção grave, o indivíduo e, particularmente, o adolescente perde a referência do Eu e tem dificuldade em construir um Eu cronológico, tendencialmente complexo e que o identifique por Si, em relação ao Outro. Mesmo que não o reconheça no momento, o adolescente nesta circunstância terá uma adaptação prejudicada, uma imagem corporal distorcida, um auto-controlo do impulso ineficaz e um eventual risco aumentado de suicídio, mobilizando assim alguns dos diagnósticos definidos por Amaral (2010). Este conhecimento sobre os processos psicopatológicos envolvidos em cada um dos Clientes com quem cuidámos permite uma cada vez melhor compreensão dos seus problemas (Peplau, 1992).

Compreender este processo e desenvolver estratégias para efetuar uma avaliação diagnóstica – e naturalmente uma intervenção terapêutica – nestas circunstâncias, é vital para que se garanta um efetivo processo terapêutico junto destes jovens. Esta foi uma aprendizagem em que investimos particularmente, especialmente após termos estado a prestar cuidados com alguns adolescentes que se debateram com estas circunstâncias. Com esta aprendizagem obtivemos uma maior compreensão da realidade do Outro através de uma leitura mais compreensiva, aberta e integrada da sua experiência.

Estes processos compreensivos ajudaram-nos, em parte, a desenvolver esta competência de assistência ao indivíduo ao longo do ciclo de vida na otimização da sua saúde mental, permitindo-nos executar uma descrição relevante da história de saúde mental do indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto), neste caso do adolescente, com uma apropriação cada vez mais complexa da realidade do outro.

Não esqueçamos aqui a importância da estreita relação entre avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. Se esta competência diz respeito às aptidões do EEESMP para efetuar

---

<sup>14</sup> Esta percepção alheia é particularmente importante no adolescente que, na construção da sua identidade está especialmente vulnerável à percepção que as pessoas de referência têm sobre ele, sejam eles familiares, professores ou, especialmente, membros do grupo de pares, como já havíamos feito referência.



uma avaliação abrangente, esta não ocorre apenas no início do processo de relação interpessoal. O processo de avaliação diagnóstica, tal como o reitera Lopes (2018), mantém-se em simultâneo com o processo de intervenção terapêutica. Ou seja, a avaliação não termina com o início da intervenção terapêutica, antes a acompanha, e a intervenção terapêutica pode iniciar-se nos primeiros momentos da relação interpessoal. Afinal, tal como defende Phaneuf (2005), a comunicação do enfermeiro deverá procurar ser sempre terapêutica, pese embora a dificuldade que esta intenção acarreta, pois é desafiante para o enfermeiro garantir que toda a sua comunicação, inclusivé aquela que não é voluntária, tenha sempre um significado e um impacto terapêutico (Novo, Galvão & Rodrigues, 2014). Este é um exercício de auto-conhecimento que temos vindo a desenvolver intensamente ao longo destes meses, mas que continuará a dar frutos ao longo de toda a nossa vida profissional.

Ainda sobre esta avaliação diagnóstica e sobre como esta se relaciona com o exame do estado mental. Ao mobilizarmos o método defendido por Lopes (2018) desenvolvemos uma consciência para uma abordagem que avaliasse não só a dimensão objetiva do indivíduo, neste caso do adolescente, mas também a sua dimensão subjetiva. Neste esforço de compreensão da dimensão subjetiva do problema do adolescente procurámos identificar o que este sabe sobre a sua circunstância, o que identifica como principal problema e quais as principais capacidades/recursos que observa em si.

Na construção de competências para esta avaliação global, de tal forma que permitisse uma compreensão e uma descrição da história de saúde mental do indivíduo, contribuíram mais algumas atividades. Antes de as descrevermos, consideramos relevante relembrar aqueles que são os padrões de conhecimento em enfermagem. Carper (1978) definiu quatro padrões de conhecimento em enfermagem que se constituem como o corpo do raciocínio em enfermagem. São eles o empírico, ou a ciência de enfermagem, o estético, ou a arte de enfermagem, a componente de conhecimento pessoal e o ético, ou componente que se relaciona com o conhecimento moral. Nunes (2018) recorrendo a White (1995) define ainda um quinto padrão, o sócio-político. Fazemos esta pequena introdução para concluirmos e fundamentarmos algumas ideias.

A primeira relaciona-se com alguns dos padrões anteriormente mencionados, o empírico, o ético e o sócio-político. Pelo facto de existirem todos estes padrões de conhecimento em enfermagem se depreende que o exercício profissional do enfermeiro depende de variadas



fontes, assim é legítimo que, no que diz respeito ao conhecimento empírico, na sua *praxis* o enfermeiro recorra a diversos quadros teóricos da enfermagem, a diversas teorias e modelos de concetualização do processo de cuidados.

É desta forma que se tornou natural ao longo deste relatório abordarem-se diversas teorias de enfermagem e não será estranho ao leitor que nos refiramos agora a mais uma. Olhando em particular para o padrão sócio-político de enfermagem, e mesmo para o padrão ético, é importante que o enfermeiro compreenda a cultura do Cliente com quem cuida – e aqui se depreenda que cultura se relaciona com a identidade do Cliente e com a sua circunstância e não apenas com as suas práticas culturais e tradições comunitárias<sup>15</sup>.

Colocando o foco agora no adolescente, existem um conjunto de práticas, de comportamentos, de opiniões e formas de estar que tendem a ser comuns ao adolescente português. Não necessitamos de nos fundamentar em autores para afirmar algo que é do senso comum como o são a globalização e o fenómeno da aculturação cada vez mais generalizado numa sociedade multimédia. Assim, para que o enfermeiro desenvolva uma plena competência de avaliação do Cliente, aqui criança e adolescente, no sentido de otimizar a sua saúde mental, é necessário que o enfermeiro conheça estes fenómenos e procure prestar cuidados culturalmente congruentes (Leininger & McFarland, 2006), procurando compreender os valores, o modo de estar e o conceito de saúde e de doença (Leininger, 2008) do adolescente com quem vai cuidar.

É através deste esforço para prestar cuidados de acordo com a cultura do Cliente que o enfermeiro pode garantir uma “avaliação consciente e um esforço deliberado para usar valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo comunitário, para fornecer auxílio significativo para estas necessidades de cuidado nos serviços de saúde” (Leininger, 1983, p.3, citado por Braga, 1997). Assim, no desenvolvimento desta competência, e porque trabalhávamos com uma população em específico, sentimos necessidade de desenvolver este olhar culturalmente consciente para prestarmos cuidados culturalmente congruentes (Leininger,

---

<sup>15</sup> Lembra-se aqui o conceito de cultura postulado por Leininger (2008) que lhe atribui a característica mais abrangente, holística e universal do Ser Humano ainda que seja tão diversa em padrões, significados e expressões. É uma expressão (comportamento) transversal a todos os indivíduos de um grupo, ajuda a defini-los como tal.

2008) e adaptados às reais necessidades dos jovens em causa, pois só assim poderíamos ter uma verdadeira visão da dimensão subjetiva das várias situações para o adolescente.

Assim, procurando executar esta avaliação global – defendida por uma das unidades de competência desta segunda competência específica – dentro da relação interpessoal que desenvolvemos, fundamentámos a nossa *praxis* não só na Teoria das Relações Interpessoais (Peplau, 1992) e em Lopes (2018), como também sentimos necessidade de prestar cuidados culturalmente congruentes assentes na Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger (2008), procurando respaldar a nossa prática numa ampla fonte de conhecimentos empíricos.

As atividades terapêuticas de grupo, tanto com a mobilização do mediador de cinema como com a mobilização do mediador da dança também nos despertaram para este processo de recolha de informação sobre o Cliente. Em breve explicaremos as aprendizagens construídas neste tipo de intervenção, no entanto é importante aqui fazer referência às aprendizagens que desenvolvemos e que contribuíram para esta competência de avaliação global das respostas humanas e de avaliação do impacto que os problemas de saúde mental identificados tiveram nos jovens acompanhados. O emergente grupal em cada uma das sessões foi matéria de intensa reflexão para uma correta avaliação diagnóstica do grupo como um todo e de cada um dos jovens individualmente.

Para a explicitação do processo de construção da **terceira competência**, que define que o EEESMP “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a sua saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, p. 21427), acreditamos que a proposta de plano de intervenção junto do adolescente em crise suicidária descrita neste relatório servirá como uma ótima ilustração do caminho percorrido e da explicitação dos vários critérios de avaliação da competência.

Para a construção desta proposta de plano de intervenção identificámos um problema e uma necessidade específica na população com quem cuidámos. Para tal agregámos informação através da análise dos registos de internamento do serviço, dos momentos individuais terapêuticos desenvolvidos, das intervenções de grupo desenvolvidas, da observação e interpretação do comportamento dos jovens e através da discussão com os enfermeiros peritos no serviço. Esta informação foi significada e trabalhada através da mobilização de evidência científica e permitiu avaliar o impacto na saúde mental do jovem de inúmeros fatores de risco e

precipitantes aqui já referidos, permitiu identificar apresentações típicas do comportamento suicidário no adolescente, e avaliar o potencial do risco de suicídio para a vida do jovem, isto sempre aplicando sistemas de taxonomia padronizados para os diagnósticos de saúde mental defendidos pela OE.

Com toda esta conceptualização da problemática foi construído um plano que prevê junto do jovem uma intervenção precoce, o treino de aptidões sociais, a mobilização de estratégias de empoderamento e a gestão do regime medicamentoso; junto da família o treino de aptidões parentais e a criação e manutenção da segurança do jovem, através da construção individualizada e personalizada de um plano de segurança que abrange a manutenção de um ambiente seguro no internamento, cujos aspetos já foram discutidos anteriormente.

O esquema operativo proposto pelo plano surge da apropriação da literatura e da experiência e pretende, entre outros objetivos, demonstrar a aquisição desta competência que procura sistematizar dados, determinar diagnósticos de saúde mental e planear e negociar um plano de cuidados com o Cliente e com a equipa de saúde (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto). Isto permite prescrever cuidados baseados na evidência de forma a promover e proteger a saúde mental do Cliente, neste caso, do adolescente, minimizando o desenvolvimento de complicações, promovendo a sua funcionalidade e a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto).

Num breve apontamento, para esta negociação do plano de cuidados com o adolescente definida no descritivo da terceira competência foram importantes as aprendizagens decorrentes do estudo e mobilização da teoria do Cuidado Transcultural (Leininger, 2008) que visa prestar cuidados que preservem ou mantenham o cuidado cultural; que acomodem ou negoceiem este cuidado ou que o repadronizem ou o reestruem. Compreende-se assim que para prestarmos cuidados ao adolescente e na expectativa de o ajudar a recuperar a sua saúde mental tivemos necessidade de mobilizar estes modos de ação do Cuidado Culturalmente Congruente (Leininger & McFarland, 2006).

Estes cuidados aqui descritos, que procuram representar uma resposta individualizada, personalizada e negociada às necessidades manifestadas pelo Cliente, também procuram dar resposta a este percurso global de vir a ser humano, defendido por Parse (1992). Para a autora (1992), o objetivo ulterior do exercício em enfermagem é ajudar o indivíduo/família a atingir qualidade de vida, tal como ele (indivíduo/família) o descreve. Esta orientação para a prática



estruturou todas as intervenções por nós – em conjunto com a equipa – planeadas. Exemplo deste exercício constante é a construção da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e ou/tentativa de suicídio aqui tantas vezes referida. Nesta proposta procurámos garantir uma avaliação não só objetiva do adolescente e da sua circunstância, mas também incluimos uma dimensão subjetiva que procura conhecer todas as impressões que o adolescente e família têm da circunstância para que só assim se possa adaptar a proposta de plano de intervenção.

No planeamento em parceria das atividades terapêuticas em grupo e aqui em particular no cinema, temos tido em conta o desenvolvimento desta competência no sentido de atribuir ao filme escolhido e à partilha subsequente uma intencionalidade terapêutica que vise efetivamente assistir o indivíduo a recuperar a sua saúde mental, quer seja pela emoção gerada pelo filme, quer seja pela identificação com situações ou personagens, quer seja pelo processo reflexivo promovido pela discussão do filme.

Exemplo deste trabalho efetuado está no Apêndice 6, que contempla um plano de sessão de uma destas sessões de grupo terapêutico mediado pelo cinema e que faz parte do *dossier* estruturante da atividade de grupo terapêutica mediada pelo cinema por nós construído. A fundamentação do cinema como mediador terapêutico e o seu impacto no desenvolvimento das nossas competências será discutido adiante.

No entanto, podemos tecer algumas considerações relativamente às oportunidades de avaliação e planeamento geradas pela intervenção de grupo com este mediador. Tratando-se o nosso local de estágio de um serviço de internamento, naturalmente já existem relações estabelecidas. Mais ou menos próximos, os adolescentes já se avaliaram entre si e assumiram diferentes papéis e determinadas atitudes em grupo que, como não poderia deixar de ser, se espelharão no comportamento coletivo da intervenção em conjunto. O papel dos terapeutas aqui será, entre outros, construir um significado terapêutico para estas relações. A interpretação das interações e dos comportamentos individuais é matéria para avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica.

Durante a sessão é possível observar os comportamentos dos jovens, avaliar momentos de tensão, momentos de tranquilidade e conforto e situações que estão a ser dolorosas para o jovem. Esta avaliação permite uma intervenção imediata, quando necessário, mas também é matéria não só para a reflexão no final da visualização, como também para momentos de



intervenção terapêutica individual. Daqui se compreende que tudo o que acontece na sala tem potencial terapêutico, na medida em que é alvo de uma avaliação diagnóstica e, naturalmente, poderá ser trabalhado em intervenção terapêutica.

Claro está que as atividades descritas na segunda competência que postula a competência do EEESMP na assistência da “pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 515/2018, de 7 de agosto p. 21428) também otimizaram a construção desta competência. Uma das atividades é o nosso contacto com a ACP, assumindo aqui o nosso ainda curto percurso percorrido, não queremos afirmar-nos de modo algum competentes como psicoterapeutas na ACP, no entanto, não podemos negar um importante contributo desta caminhada na aquisição desta terceira competência específica.

Falamos aqui nas nossas aprendizagens perante uma compreensão diferente da realidade do Cliente. Ao olharmos para o indivíduo com o já aqui discutido olhar incondicionalmente positivo que assume a tendência atualizante do Cliente, lançamos as fundações para uma intervenção terapêutica que é também partilhada por Peplau (1997). Neste sentido a autora afirma que é o Cliente quem tem as próprias ferramentas para atingir o objetivo que ele próprio, ainda que em parceria, delineou<sup>16</sup>. Ter desenvolvido competência para confiar nesta possibilidade, ajudou-nos a desenvolver ferramentas de avaliação concordantes com este nosso raciocínio e a efetuar um planeamento de cuidados que permita uma utilização plena dos recursos da relação interpessoal estabelecida e uma definição de novas metas à medida que as anteriores forem sendo alcançadas, tal como está descrito na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005), o que está de acordo com as unidades de competência que pretendemos desenvolver.

Mobilizando outro exemplo em particular, na intervenção em contexto da refeição, ao contribuir para a gestão do ambiente terapêutico temos vindo a ajudar, especialmente as jovens com PCA, a gerir a angústia sentida durante a alimentação. Esta intervenção tem sido desenvolvida com recurso a técnicas de distração quando tal é indicado, com comunicação assertiva, quando necessário, ou com recurso à atribuição de significado à experiência, já em

---

<sup>16</sup> Mais uma vez encontramos eco da teoria Human Becoming de Parse (1992). Procura o EEESMP, no exercício da sua profissão, ajudar o indivíduo a realizar aquele que é o seu próprio potencial.

momento individual terapêutico. Estas atividades foram desenvolvidas no contexto de intervenções específicas do EEESMP (OE, 2018b) por nós desenvolvidas tais como a intervenção para a auto-perceção positiva, o aconselhamento, intervenção psicoeducativa ou modificação do comportamento, sempre no contexto de uma relação de ajuda.

Outra intervenção que permite demonstrar os adquiridos no desenvolvimento desta unidade de competência relaciona-se com o momento da visita no internamento. Se um jovem adocece e apresenta uma alteração da sua saúde mental, também a família vê a sua homeostase alterada. Em situações de internamento este impacto é deveras desestabilizador e potencial causador de sofrimento não só para o jovem, mas também para a família (Armond & Boemer, 2004). É necessário o restabelecimento deste equilíbrio através do diálogo, do afeto e do respeito (Barreto & Rabelo, 2015) que devem ser promovidos, entre outros profissionais, também pelo EEESMP.

Deste modo, o momento da visita é uma circunstância incomparável para a avaliação deste impacto e para a observação participante, ou não, da interação entre os vários membros da família. É neste momento que podemos avaliar tensões, conflitos, recursos existentes e fatores protetores que podem ser mobilizados no processo terapêutico do jovem e da família (Armond & Boemer, 2004). Tal é verdade não só no contexto da crise suicidária, mas também em todas as restantes situações de doença observadas nos jovens internados que, de uma forma ou de outra, representam uma disfunção familiar ou têm impacto nesta dinâmica familiar.

Qualquer destas intervenções implicou uma avaliação das necessidades emergentes, a construção de diagnósticos de enfermagem exclusivos do EEESMP (OE, 2018b) como Ansiedade moderada ou elevada, Autoconceito comprometido ou Stress e outros diagnósticos não exclusivos mas que também se relacionam a saúde mental como *Coping* ineficaz ou Imagem corporal distorcida presente (Amaral, 2010), entre outros e um planeamento dos cuidados a prestar que procurou atingir os resultados esperados sejam eles a redução da ansiedade, a eficácia do *coping* ou a imagem corporal não distorcida, por exemplo, demonstrando aqui a nossa realização e implementação de um plano de cuidados individualizado e personalizado em saúde mental.

Quanto à última unidade de competência prevista em F3, a que estipula o recurso à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica do EEESMP. Esta unidade de competência pode ser avaliada mediante algumas das nossas atividades. A primeira diz respeito

à construção da proposta de plano de intervenção que prevê o encaminhamento do jovem para técnicos e serviços adequados. Além disto, o plano intenta assegurar uma transição do jovem entre contextos o mais terapêutico e securizante possível, procurando criar as condições para o jovem continuar o seu processo de gestão dos fatores de risco e precipitantes e promoção dos fatores protetores identificados no seio da relação terapêutica.

Outra atividade que contribuiu para a construção desta unidade de competência tem de ver com a toma assistida, individualizada e personalizada da terapêutica de todos os jovens internados e em que pudemos colaborar. Esta toma da terapêutica é efetuada de forma a salvaguardar a privacidade de cada um dos jovens e é sempre englobada e significada no contexto do plano terapêutico estabelecido com o jovem por toda a equipa multidisciplinar.

Olhando agora para a **quarta** e última **competência** que define o papel do enfermeiro na prestação de “cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto), acreditamos ter dado passos significativos no sentido do seu desenvolvimento.

Numa pequena reflexão inicial ao jeito de introdução desta competência, importa que compreendamos a relação estreita entre esta competência e o desenvolvimento das aptidões do enfermeiro para a relação terapêutica, especialmente no contexto da mobilização da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Para Correia (2014)

“Peplau remete-nos para um estar em relação terapêutica que construa aprendizagem, reconhecimento dos recursos, conhecimento de si e do outro, numa globalidade que se parece aproximar deste conceito de competência (...). Integra-se a dinâmica do Ser, na sua subjetividade, aspetos individuais, culturais, sociais, numa relação interpessoal onde a intervenção não se centra na patologia (...), mas na globalidade do Ser, tanto do enfermeiro como do cliente” (Correia, 2014, p. 104).

A relação terapêutica emerge então como potencial de construção não só para o Cliente, como também para o próprio enfermeiro.

Ao atentarmos ao Padrão de Documentação de ESMP emitido pela OE (OE, 2018b), encontramos descrito um conjunto de intervenções exclusivas do EEESMP e que procurámos



desenvolver ao longo do estágio. Quer fosse através de intervenções pontuais, quer fosse através de intervenções psicoterapêuticas com o mínimo de 3 sessões.

Mais uma vez, recorrendo à proposta de plano de intervenção com o adolescente em crise suicidária acreditamos ter desenvolvido processos de intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa junto do jovem com ideação suicida, já que muitas das intervenções propostas no plano e fortalecidas pela evidência foram por nós desenvolvidas junto dos jovens. Em intervenções pontuais com jovens com este diagnóstico e intervenção psicoterapêuticas de grupo, com o mínimo de 3 sessões, acreditamos ter contribuído para dar significado à ideação de morte e sentimento de desesperança sentido pelos jovens, especialmente através da legitimação da experiência de sofrimento do jovem e validação de eventuais sentimentos de ambivalência.

A este propósito, recordamo-nos de uma intervenção pontual individual com um jovem internado após uma tentativa de suicídio e onde executámos relação de ajuda<sup>17</sup>. Nesta intervenção, a respeito da sua ideação suicida, o jovem referiu que a manteria, sem dúvida, no entanto aqui no internamento sentia-se “seguro”, “aqui não me deixam fazer mal a mim próprio”sic. Esta verbalização é um exemplo claro de um sentimento de ambivalência que pode e deve ser explorado (e que foi) pelo terapeuta no sentido de encontrar as tão essenciais razões para viver. Legendar esta ambivalência e dar-lhe significado no quadro da sua circunstância ajuda o indivíduo a recuperar a sua saúde mental. Nesta intervenção executámos a relação de ajuda e garantimos a avaliação através da participação do jovem e da análise da evolução do seu processo de recuperação.

Outro exemplo de intervenção nestá área, mas desta vez de uma intervenção psicoterapêutica com um mínimo de 3 sessões foi a construção de um *kit* de esperança com um jovem com ideação suicida com plano. Nesta intervenção executámos o planeamento, preparámos o *setting* e abordámos entre ambos a prescrição para a ação, ou seja executámos uma avaliação objetiva e subjetiva do *sucidal drive* do adolescente em questão, tendo sempre em atenção o que o jovem sabia sobre a circunstância, o que o preocupava e quais as capacidades e recursos que reconhecia como tal (Lopes, 2018). Ainda na fase de orientação da relação interpessoal definida por Peplau (1997) e por nós vivenciada, fizemos uma avaliação abrangente da situação e procurámos planificar um cuidado culturalmente congruente (Leininger, 2008) em

---

<sup>17</sup> De acordo com o padrão documental supracitado (OE, 2018b).



que adaptámos o mediador em questão, o *kit* de esperança, ao léxico, experiências e expectativas do adolescente. Sempre de modo a promover o desenrolar da potencialidade do jovem em toda a sua multiplicidade, tal como é defendido por Parse (1992).

No final da primeira sessão projetamos as seguintes (foram um total de cinco sessões). Nas seguintes sessões mantivemos um cuidado culturalmente congruente (Leininger, 2008), procurando capacitar o jovem, avaliar o trabalho desenvolvido até então e trabalhando o *feedback* das sessões anteriores. Nestas sessões fomos avançando nas fases de identificação das necessidades sentidas e exploração dos recursos da relação (Peplau, 1997), sempre mantendo uma intervenção terapêutica a par da avaliação diagnóstica (Lopes, 2018). Por fim, chegando à fase da resolução (Peplau, 1992), já na quinta sessão planeada, atingimos a utilização plena dos recursos na circunstância e convocámos a mãe no sentido de garantir os recursos necessários à continuidade da intervenção já no domicílio. Efetuámos uma avaliação da intervenção, constando a ausência de ideação suicida e a construção de um *kit* de esperança que fez parte do plano de segurança que o jovem poderia utilizar no domicílio autonomamente e que procurou relembrar estratégias que ele próprio definiu como importantes e estratégicas para a resolução de conflitos, para a promoção de laços sociais e para a redução da ansiedade.

Com este processo ajudámos a reduzir significativamente o risco de suicídio, demonstrado pela verbalização frequente de projetos de futuro e ajudámos a desenvolver em conjunto as ferramentas que já eram do jovem, procurando não só a mudança de comportamento preconizada por Peplau (1992), mas também esta transcendência objetivada por Parse (1992). Claro está que toda esta intervenção foi construída, planeada e executada no seio da equipa multidisciplinar. É deste modo que os resultados desta intervenção não se devem meramente a este nosso encontro com o jovem, mas são sim resultado de um trabalho de todos os profissionais que estabeleceram relações terapêuticas com o jovem em questão. A nossa intervenção foi mais uma peça numa engrenagem complexa no seio da equipa de enfermagem e da restante equipa multidisciplinar.

A intervenção psicoterapêutica neste contexto também foi desenvolvida nas intervenções terapêuticas de grupo, quer sob a forma de intervenções pontuais, quer sob a forma de intervenções psicoterapêuticas com pelo menos três sessões. Trazendo aqui o exemplo da visualização de um filme sobre suicídio e em que, durante a discussão, este jovem e outro também com ideação suicida conseguiram identificar estratégias utilizadas pela personagem

para gerir o seu sofrimento, assumindo a desadaptação do comportamento suicida. Ainda nesta sessão foi possível a estes dois jovens identificarem-se com o sofrimento da personagem principal, tendo então sido legitimados os sentimentos de ambos. Nesta intervenção em particular foram não só legitimadas as experiências, como também foram identificados fatores protetores fragilizados e foram promovidas estratégias de *coping* eficazes, mobilizando as intervenções descritas na proposta de plano.

Claro está que nenhum destes exemplos é suficiente para representar todo um processo psicoterapêutico, mas não deixam de representar cuidados desta natureza.

Em contexto individual pudemos trabalhar com jovens com diversas necessidades, procurando sempre ajudá-los a encontrar significado para o seu sofrimento e experiência, validar sentimentos e ajudá-los a identificar necessidades e estratégias para as satisfazer.

As intervenções terapêuticas em grupo também contribuíram em muito para o desenvolvimento desta competência. Numa pequena pereambulação sobre o conceito de grupo e de que forma este pode ser classificado, Guerra, Lima & Torres (2014) assumem que um grupo se torna terapêutico quando a intencionalidade da sua formação é a análise, compreensão, exploração e intervenção sobre um problema de saúde mental e tem liderança ou, chamemos-lhe aqui, dinamização<sup>18</sup> profissional. Estes grupos podem ser abertos, na medida em que a saída e a entrada de novos membros é possível ou até mesmo desejável, ou fechados quando os elementos que iniciam um grupo permanecem até ao final da circunstância que fomentou a sua constituição.

Assim, na UIPIA as atividades terapêuticas inserem-se no conceito de grupos terapêuticos, pois procuram a intervenção em problemas de saúde mental e são dinamizadas por EEESMP. Pelas características do contexto, são grupos abertos que acolhem todos os jovens que vão sendo internados na unidade e mantêm-se mesmo após as sucessivas altas de alguns dos seus membros. Assim acreditamos ter desenvolvido intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas no sentido de ajudar os jovens a integrar a perturbação da sua saúde mental, a desenvolverem respostas adaptativas e a libertar tensões emocionais e a vivenciar experiências gratificantes, tal como estipulado pelos critérios de avaliação desta competência, especialmente

---

<sup>18</sup> Esta escolha pela denominação de dinamizador e não líder tem de ver com a congruência pela nossa escolha por uma abordagem tendencialmente não diretiva tal como defendida por Phaneuf (2005) e Rogers (2009).

da unidade de competência F4.2 que assegura que o EEESMP “desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio-terapêuticos para restaurar a saúde mental do Cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (OE, 2018, p. 21430).

Fazendo agora uma breve justificação da pertinência da mediação pelo cinema na intervenção de grupo, sabemos que o cinema permite ao espectador vivenciar emoções e refletir sobre situações e comportamentos. Através do cinema, o terapeuta propõe a utilização de uma história para aceder à história do Cliente e promover momentos de descoberta através da colocação da sua vivência em suspenso. Com o recurso ao cinema, o Cliente pode olhar para a vida de uma personagem, para as suas escolhas e fazer a ponte com a sua própria experiência, nesta posição em que se coloca em perspetiva (Berg-Cross, Jennings & Baruche, 1990).

Esta ideia também é defendida por Seal (2004), pois para este autor o Cliente pode visualizar o filme colocando-se, mais uma vez, em perspetiva, olhando para o filme na posição de observador, naquilo que o ator refere como “special conscience awareness” (Seal, 2004, p. 9) e que poderá ser traduzido como uma tomada de consciência especial em que o Cliente observa os seus próprios processos mentais quando exposto a uma experiência semelhante à sua, mas que não é a sua. Este processo permite o distanciamento necessário para que o sujeito se coloque em causa, se observe e compreenda o porquê e o como da mudança aparentemente necessária. No que à mudança de comportamento diz respeito, Seal (2004) avança ainda afirmando que através da visualização do filme com esta tomada de consciência especial, o Cliente pode olhar para o comportamento que compromete a sua funcionalidade e que deseja mudar com o foco no processo e nem tanto no conteúdo. Ou seja, se de um indivíduo com baixa tolerância à frustração e irritabilidade se trate, este pode analisar o processo da escalada de violência, o que o determina e como o gere, conseguindo afastar-se do seu conteúdo ou razão associada (Seal, 2004), reduzindo então a carga emocional (raiva) da escalada de violência.

A mediação da intervenção terapêutica, mediada pelo cinema, ainda segundo Seal (2004) promove a modelagem do comportamento, pois permite que o indivíduo observe personagens com problemas semelhantes aos seus, identificando-se e conhecendo formas diferentes de abordagem. O cinema permite ainda analisar as consequências de comportamentos semelhantes aos seus que percebe como comprometedores da sua funcionalidade pessoal, social e profissional. Além disto, o cinema pode também ter um efeito catártico, pois tem o poder de



evocar emoções (alegria, tristeza, raiva, etc), colocando o Cliente em contacto, de forma ativa, com determinadas emoções que o próprio ou o terapeuta consideram necessários no seu processo terapêutico e que podem desencadear uma vivência emocional intensa. Esta orientação da intervenção pode causar uma mudança de humor necessária, reduzir a ansiedade ou mitigar a raiva. Pode conduzir o indivíduo às vivências primitivas que subjazem a determinado comportamento.

Enquanto evidência, o cinema comprova a sua eficácia mediante a utilização de algumas técnicas da psicoterapia cognitivo-comportamental, tais como a exposição, a discriminação de estímulos (que promove a autocrítica), o condicionamento vicário (ou modelagem), o treino de competências sociais, a análise do comportamento de fuga, o registo de pensamentos disfuncionais, a promoção da autoeficácia, a psicoeducação e o treino da resolução de problemas (Oliva, Vianna e Neto 2010).

Quanto à dinamização dos grupos terapêuticos mediados pelo cinema, acreditamos que é de estratégica importância a presença de pelo menos dois co-terapeutas. Por um lado, esta condição permite que a avaliação do grupo seja mais imparcial e mais abrangente, pois serão pelo menos dois técnicos, com visões e abordagens diferentes, a fazê-la, criando um retrato do grupo e do emergente grupal mais fidedigno. Por outro, a presença de pelo menos dois co-terapeutas permite a assunção de papéis diferentes, se um dos elementos assumir um papel mais ativo na dinamização do grupo, o outro co-terapeuta pode assumir um papel de observador, tendo o primeiro maior disponibilidade para a intervenção e o segundo para a avaliação. Além disto, a presença de dois ou mais co-terapeutas aumenta a riqueza da intervenção, pois confere ao momento pontos de vista e perceções diferentes que vão contribuir para uma abordagem multifacetada junto do grupo. Aquilo que é devolvido pelos dois terapeutas aos elementos do grupo é o resultado de dois pontos de vista diferentes e, naturalmente, complementares.

Ao desenvolver estas reflexões e ao dinamizar estas atividades tivemos oportunidade de construir a intencionalidade terapêutica de cada sessão através da avaliação das necessidades do grupo, da escolha do mediador mais adequado – no caso do cinema, do filme mais indicado – e da forma como seria trabalhado com os jovens. Neste contexto trabalhamos competências na intervenção em grupo. Durante a sessão é possível observar os comportamentos dos jovens, avaliar momentos de tensão, momentos de tranquilidade e conforto e situações que estão a ser dolorosas para o jovem. Esta avaliação do indivíduo e do emergente grupal permite uma



intervenção imediata, quando necessário, mas também é matéria para momentos de intervenção terapêutica individual *a posteriori*.

Após a pesquisa que fizemos para fundamentar a nossa intervenção utilizando a mediação pelo cinema optámos, em conjunto com a equipa responsável pela atividade, por promover a reflexão sobre o impacto emocional da visualização do filme. Com a introdução da discussão deste omnipresente aspeto da utilização deste mediador (especialmente em contexto terapêutico) acreditamos ter ajudado a promover aspetos importantes da regulação emocional dos jovens internados no contexto desta intervenção psicoterapêutica.

A intervenção terapêutica com o cinema permitiu-nos também desenvolver competências ao nível da psicoeducação, pois para cada sessão se estabeleceram objetivos deste âmbito. Quer se promovesse a resiliência, o combate ao estigma, a identificação de estratégias de *coping* ajustadas ou a literacia em saúde mental, entre muitos outros objetivos, a psicoeducação foi sempre omnipresente, representando para nós uma oportunidade frequente e intensa de desenvolvimento desta competência. Além disto, pudemos ainda colocar em prática algumas das intervenções propostas no plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Com estas intervenções promovemos fatores protetores importantes como estratégias de *coping* ajustadas, gestão emocional e auto-regulação e autoestima.

Outro critério de avaliação consagrado nesta competência relaciona-se com a intervenção sistematizada junto da família da pessoa com doença mental. Neste caso, esta pessoa com doença mental é uma criança ou adolescente que naturalmente sentirá o impacto do internamento de uma forma diferente do adulto. Armond & Boemer (2004) referem que o internamento de uma criança ou adolescente pode causar-lhe uma profunda dor existencial apresentando um potencial desestruturante da sua homeostase, que além de ter uma alteração significativa do seu processo de saúde doença e naturalmente ver afetados os seus mecanismos de *coping*, tem muitas vezes dificuldade em compreender e aceitar as regras impostas no internamento (Armond & Boemer, 2004). Tal é verdade também para a família, pois os autores (2004) referem que não só o próprio internamento desequilibra as rotinas da família como a manifestação do sofrimento da criança ou adolescente tem um impacto angustiante nos pais ou outros familiares de referência. A família sente que perdeu o controlo e que de alguma forma falhou nos seus papéis de cuidador e educador da criança ou jovem que está agora internado (Armond & Boemer, 2004).

Deste modo, na UIPIA a visita da família é um momento de extrema relevância no planeamento da intervenção terapêutica junto do jovem e da família. Não só pelo seu potencial de avaliação diagnóstica já aqui descrito, que permite avaliar este impacto no jovem e na família, mas também pelo seu potencial de intervenção terapêutica. Afinal, sabemos que a visita é um direito fundamental do jovem e da família mas apenas permiti-la, sem que haja um acompanhamento pelo enfermeiro, poderá ser quase tão nocivo como proibi-la sem uma necessidade emergente (Pereira, 2018). Este acompanhamento permitirá então otimizar a comunicação na família<sup>19</sup>, criar espaço para a partilha e legitimação de sentimentos e experiências e permitirá gerir as tensões que possam surgir entre os intervenientes neste momento muitas vezes delicado.

Esta intervenção não termina no momento da visita, continua em momentos individuais terapêuticos com o jovem sempre que necessário e em momentos individuais com a família, no sentido não só de garantir a capacitação de família, mas também no sentido de ajudar a compreender o significado do internamento do seu jovem e dos processos a ele conducentes. Participar nesta mediação das visitas permitiu-nos promover a integração familiar do adolescente com doença mental, promover o empoderamento das famílias e implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas não só individuais, mas também familiares.

Estes processos contribuíram de uma forma particular para a implementação de algumas das intervenções descritas na propostas de plano de intervenção junto de adolescentes com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio e, de uma forma mais abrangente, para intervir no âmbito da quarta competência do EEESMP.

Posto tudo isto, compreendemos que todas as competências aqui descritas concorrem para o mesmo objetivo e são mobilizadas em simultâneo, o enfermeiro necessita deter um elevado conhecimento de si próprio para se pensar enquanto seu principal instrumento terapêutico na relação. Este instrumento terapêutico, que é ele próprio, necessita desenvolver aptidões para uma completa e integral avaliação do seu Cliente (indivíduo/família/comunidade), para que

---

<sup>19</sup> A visita por vezes é um momento de enorme tensão e que revela mecanismos de comunicação nem sempre eficazes e que já existiam previamente ao internamento. Esta circunstância cria, não raras vezes, momentos de enorme tensão na visita. A presença do enfermeiro pode ajudar a promover uma comunicação mais eficaz e uma estratégia frequentemente utilizada pela equipa da UIPIA é a introdução de um mediador recreativo para potenciar não só uma maior proximidade entre o jovem e a família, mas também para encontrar atividades que os aproximam e que possam desenvolver no futuro, já fora do internamento, facilitando esta transição após a alta.

possa fazer uma correta avaliação diagnóstica, um planeamento priorizado e personalizado e identificar os resultados esperados em saúde mental, sempre de acordo com aqueles que são os objetivos do Cliente. A par de todo este processo, intimamente relacionada e indissociável ocorre a intervenção terapêutica que mobiliza todos estes universos de competência.

### 7.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Porque este relatório se refere ao relato do processo de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, importa analisar também a construção destas competências. A aquisição destas competências está regulada em Diário da República pelo Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto que serviu de base para a elaboração do regulamento do presente Mestrado em Enfermagem. Assim, o referido Decreto-Lei postula que o grau de Mestre seja conferido àqueles que comprovem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;



e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

(Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto)

Assim, observemos em particular o processo inerente à aquisição de cada uma destas competências. No que à primeira diz respeito, em particular à sua primeira alínea, pudemos demonstrar ao longo deste relatório que, sustentando-nos nos conhecimentos do primeiro ciclo de estudos, ou seja, da licenciatura, os desenvolvemos e aprofundamos. O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem permite uma verdadeira prática baseada na evidência, consagrada no dever de todos os enfermeiros de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos”, tal como definido no artigo 109º, alínea c) do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015b). Assim, ao longo da nossa vida profissional temos vindo a demonstrar proatividade nesta procura de atualização do conhecimento de enfermagem ao nível de todos os seus padrões (Carper, 1978). Quanto ao conhecimento empírico, procurámos basear a nossa prática em investigação científica e em estruturas conceptuais da enfermagem (Nunes, 2018). Este conhecimento que procurámos todos os dias foi consideravelmente potenciado pela frequência das unidades curriculares ao longo do primeiro ano do mestrado. Prova do desenvolvimento deste conhecimento é a construção da proposta de plano de intervenção aqui apresentada que propõe um esquema operativo fundamentado na apropriação da literatura e da experiência na área (nossa e dos enfermeiros consultados na primeira fase da validação).

Quanto ao conhecimento estético, temos procurado desenvolver as nossas competências de comunicação e temos procurado, através da nossa experiência, desenvolver um conhecimento subjetivo e pessoal que vai com certeza além da nossa capacidade de discurso, tal como o define Carper (1978). Exemplo desta procura pelo desenvolvimento de conhecimento estético é a nossa frequência de formação em psicoterapia em Abordagem Centrada na Pessoa, este percurso formativo tem-nos ajudado a compreender melhor o Cliente com quem cuidamos, a despertar a nossa consciência para a sua realidade e a desenvolver uma verdadeira resposta de compreensão empática. Claro está que todas as interações que estabelecemos com os jovens durante o internamento e com os nossos Clientes durante a nossa vida profissional também contribuíram para esta consciência tendencialmente mais compreensiva da realidade do outro.



Quanto ao conhecimento ético e porque assumimos uma profissão de cuidado humano, reconhecemos a inerente condição de vulneabilidade da humanidade, deste vir a Ser Humano. Exatamente por isto, procurámos desenvolver um conhecimento que nos permita concretizar o imperativo moral de cuidar do outro e de assumir uma responsabilidade ética pelo outro (Nunes, 2009). É a esta condição nuclear do cuidado de enfermagem que temos vindo a dedicar grande parte da vertente de reflexividade da construção das nossas competências. Acreditamos que porque cuidamos do outro, assumimos o dever de garantir sempre o respeito pela Dignidade Humana e pelos Valores Universais consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

O conhecimento sócio-político proposto por White (1995) e citado por Nunes (2018) tem sido construído através do desenvolvimento de uma consciência social e política. É no investimento nesta consciência que acreditamos conhecer cada vez melhor o papel da sociedade na vida dos indivíduos com quem cuidamos e na profissão que exercemos. Assim como é através desta consciência aumentada que entendemos melhor o nosso papel nesta sociedade globalizada.

O domínio do conhecimento pessoal tem sido amplamente discutido neste relatório e, para não nos tornarmos redundantes, frisamos aqui apenas que consideráveis aprendizagens foram desenvolvidas neste campo e que, ainda assim, sentimos que muito mais necessita ser refletido, significado e construído. Afinal, se na relação de ajuda que se quer terapêutica o enfermeiro é o seu principal instrumento de trabalho, além de um detalhado e abrangente conhecimento empírico; de uma arte de enfermagem tendencialmente plena; de um conhecimento ético que mobilize os limites da profissão e do nosso agir na relação com o outro; assim como um conhecimento sócio-político que nos aguace a perceção sobre o impacto macro e microeconómico e sóciopolítico da circunstância sobre a saúde do Cliente/Família/Comunidade e sobre o próprio exercício da profissão; importa ao enfermeiro conhecer-se a Si, conhecer as suas competências e reconhecer as lacunas da sua própria *praxis*. Só assim o enfermeiro garante o respeito pelo Outro nas relações estabelecidas. Este Outro que tem o direito à excelência do exercício que assumimos o dever de praticar quando recebemos a cédula profissional, tal como postulado no artigo 109º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros anexo à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015b).

A nossa reflexão sobre todo este processo motivou a nossa frequência deste mestrado e manteve-nos motivados ao longo destes 2 anos. Foi neste período que tivemos oportunidade de desenvolver conhecimento em todos estes domínios, dando significado também ao conhecimento que temos vindo a obter ao longo da nossa vida profissional e em outras formações frequentadas.

Estes conhecimentos também se tornaram a base de algumas aplicações originais, como é o caso da construção desta proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio que pretendeu mobilizar a evidência científica e outros padrões do conhecimento em enfermagem no sentido de construir uma resposta original a uma necessidade presente na população com quem cuidámos.

Este conhecimento e capacidade de compreensão também foi utilizado na produção de evidência científica através de revisão *scoping* que suportou este trabalho e através de duas revisões integrativas produzidas durante o primeiro ano de frequência do mestrado, sendo que uma delas aguarda agora publicação em revista indexada<sup>20</sup>.

A primeira impressão obtida nesta primeira fase da validação da proposta de plano de intervenção permitiu-nos desenvolver competência nesta área. Pois sabendo que o conhecimento em enfermagem se produz e se concretiza neste domínio, procurámos auscultar o conhecimento de cada um dos enfermeiros inquiridos, no sentido de construir uma resposta a uma necessidade que fosse baseada na evidência e resultado da apropriação do conhecimento empírico, pessoal, estético, ético e sócio-político de cada um dos enfermeiros consultados.

Olhando então para a segunda competência descrita, consideramos agora ter demonstrado que sabemos aplicar os conhecimentos e as nossas capacidades de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos multidisciplinares. Exemplo desta demonstração é, mais uma vez, a construção da proposta de plano de intervenção, em que num contexto não familiar comprovámos a nossa capacidade aumentada de compreensão da realidade e propusemos uma resolução de um problema baseada em evidência científica e procurámos obter a validação da solução junto de profissionais com experiência na área.

---

<sup>20</sup> A revisão referida procurou compilar e analisar informação e intervenções sobre a gestão da agressividade em contexto de internamento psiquiátrico de adultos e aguarda autorização de publicação na revista RIASE.

Outro exemplo de construção de respostas em ambientes não familiares que demonstra esta consciência aumentada da realidade é a construção do *dossier* orientador da atividade de grupo terapêutico mediada pelo cinema. Mobilizando um mediador com que não estávamos familiarizados, integramos conhecimentos da nossa vida profissional e da evidência científica e desenvolvemos uma solução que deu resposta a uma questão complexa como o é a dinamização de grupos terapêuticos, especialmente compostos por adolescentes. Quanto à emissão de juízos em situações de informação limitada ou incompleta com reflexão sobre as responsabilidades éticas, sociais e deontológicas inerentes, comprovámo-lo no planeamento de algumas intervenções psicoterapêuticas individuais e através da discussão dos casos e das decisões clínicas junto da equipa multidisciplinar nas reuniões diárias.

Assim, acreditamos que demonstrámos a nossa capacidade de incorporação de evidência mais elevada na prática clínica e na prática da investigação. Atributos estes próprios do Mestre em Enfermagem.

Quanto à nossa capacidade de comunicar as nossas conclusões e conhecimentos a especialistas e a não especialistas, sabemos que não pudemos ainda comunicar a nossa proposta de plano de uma forma alargada aos enfermeiros e restante equipa do serviço, nem de retribuir aos enfermeiros o resultado da sua validação, no entanto qualquer destas atividades continua no nosso plano futuro e procuraremos concretizá-las desde logo que as circunstâncias o permitam. Para já temos demonstrado esta capacidade através de comunicações livres em jornadas e congressos da especialidade (Anexo 1 e Anexo2) e através de participação como palestrantes em eventos da especialidade (Anexo 4). Somos ainda dinamizadores de algumas formações no nosso local de trabalho. Além disto, já desde 2014 que temos vindo a investir no nosso percurso na formação, contando agora com uma experiência de 6 anos como formadores na área da saúde. Para tal, além deste mestrado somos detentores do CCP, emitido em 2014.

Ao longo dos 10 anos de exercício profissional temos demonstrado uma autonomia auto-orientada no sentido de desenvolver novas aprendizagens. Exemplo disto é a nossa Pós-Graduação em Cuidados Paliativos, o nosso CCP e a nossa frequência na formação em Psicoterapia na Abordagem Centrada na Pessoa que, num futuro próximo, procurámos que seja utilizada para se obterem competências acrescidas na área da ESMP. Claro está que a frequência deste Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP é também um exemplo desta proatividade. Durante este mestrado, no sentido de nos apropriarmos melhor do saber-

fazer em enfermagem na área do suicídio frequentámos e concluímos a formação para dinamizadores do programa “+Contigo (Santos et al., 2014), estabelecendo as bases para uma intervenção que acreditamos desenvolver num futuro próximo.

Posto isto, acreditamos ter demonstrado as capacidades para que nos seja conferido o grau de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



## CONCLUSÃO

Chegamos, por fim, à etapa de conclusão de todo este processo. Ao longo destas páginas lográmos descrever o comportamento suicidário na adolescência, descrevendo as suas particularidades neste segmento da população e os fatores que concorrem para a sua expressão.

Neste percurso, procurámos explicitar o processo de desenvolvimento de competências por nós experienciado e que em muito se relacionou com avaliação e intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio.

Assumindo como nossa principal finalidade a explicitação do desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização de ESMP, iniciámos este relatório com a caracterização do local de estágio que, de tantas formas, potenciou todo este processo. De seguida, explicitámos a problemática em torno da qual fomos adquirindo as competências aqui descritas. Neste percurso, compreendemos que o suicídio na adolescência é um fenómeno epidemiologicamente importante e que apresentou uma expressão considerável ao longo do nosso Estágio Final.

Identificada a problemática, importou caracterizá-la e nesta incursão na literatura compreendemos as várias fases de um *continuum* que assume uma particular expressão na população adolescente, descrevemos os seus fatores de risco e fatores precipitantes – ou *suicidal drives* – assim como os fatores protetores que reduzem o risco de suicídio.

Neste contexto, procurámos através de uma revisão *scoping* explicitar as intervenções do EEESMP junto desta população e, na tentativa de construir uma proposta de plano de intervenção deste profissional junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, cruzamos as intervenções descritas na literatura com o referencial teórico de enfermagem de Hildegard Peplau, a Teoria das Relações Interpessoais. Neste percurso, sentimos necessidade de incluir contributos de outros autores da enfermagem, tendo construído um plano de intervenção de enfermagem, baseado na evidência mais recente. Este plano alicerçou-se na relação terapêutica entre o EEESMP e o adolescente e procurou efetuar uma avaliação diagnóstica e uma intervenção terapêutica de toda a situação clínica do Cliente, neste caso adolescente e família, em duas etapas que tantas vezes se sobrepõem. A par deste processo,

foi prevista a construção de um plano de segurança com o adolescente e família de forma a promover a autonomia dos intervenientes na gestão da crise suicidária.

Após concluída a construção do plano de intervenção em apreço, procedemos à sua validação junto de EEESMP que trabalhassem com adolescentes com comportamento suicidário há pelo menos 2 anos. Não tendo, no entanto, obtido a taxa de resposta desejada, fizemos ainda assim uma análise dos resultados preliminares das 6 respostas obtidas. Nesta análise e discussão observámos a existência de consenso em relação a estrutura do plano, ao referencial teórico utilizado e às intervenções propostas. Foram efetuadas pelo enfermeiros inquiridos sugestões de enorme valor e que serão tidas em conta numa futura incursão à literatura, assim que se proceda à atualização e melhoria do plano. Para o futuro, fica a necessidade de incluir novas etapas do processo de validação da proposta de plano, quer por *focus group*, quer por método Delphi.

A avaliação do adolescente com comportamento suicidário e a intervenção do EEESMP não se limitam, ainda assim, à aplicação deste plano, ainda que de futuro melhorado e validado. O comportamento suicidário no adolescente é um fenómeno complexo e que deve ser analisado com especial cuidado e particularidade. Desenvolver estudos epidemiológicos que avaliem a incidência e prevalência deste fenómeno em Portugal é urgente e da responsabilidade não só da sociedade civil, mas também de todos os profissionais de saúde mental. Sendo o EEESMP, um profissional com o conhecimento e o contacto com a população certos, é seu dever, no cumprimento da deontologia profissional e sua competência, no âmbito da regulação das suas competências comuns e específicas, identificar e descrever os casos na população, garantindo a intervenção adequada a cada situação. Pelo que muito trabalho está ainda por desenvolver.

A construção desta proposta de plano de intervenção junto do adolescente nesta circunstância foi apenas um pequeno contributo que pretendeu não só fornecer um quadro de avaliação e um leque de respostas integradas pelo EEESMP, mas também gerar a discussão relativamente a este tema.

Não esquecendo os objetivos deste relatório, a construção deste plano de intervenção foi pautada pela nossa constante dedicação ao desenvolvimento de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP, finalidade última de todo este processo. Deste modo, a construção desta proposta de plano procurou estimular e representar o desenvolvimento das competências comuns do EE e as competências específicas do EEESMP,

assim como as de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP, objetivo este que acreditamos ter alcançado.

Nestes dois últimos anos de Mestrado em Enfermagem, na sua globalidade, e no Estágio Final e UC de Relatório em particular desenvolvemos um intenso e libertador processo de desenvolvimento de competências. Intenso, pelo grau de imersão e reflexividade que colocámos nesta iniciativa e ao longo de todo o percurso. Libertador, pelas aprendizagens desenvolvidas em todos os padrões de conhecimento em enfermagem. Ao longo deste percurso foi-nos possível não só aprender, mas também reconhecer o que antes não teríamos observado ou dado importância. Foi neste curso de Mestrado e em particular no Estágio Final e UC de Relatório que colocámos em perspetiva todo o nosso exercício profissional, observando-o com olhar diferente. De certo modo, o percurso descrito neste relatório relata uma complexificação da leitura da realidade, uma apreciação mais abrangente e desafiadora dos problemas em saúde mental e um leque de respostas mais versátil, robusto e congruente com a *praxis* do EEESMP.

Para tal, foi necessário que procurássemos suportar e desenvolver a nossa intervenção à luz de alguns teóricos da enfermagem. Com Hildegard Peplau refletimos sobre os papéis do enfermeiro na relação interpessoal e sobre as várias veres do processo, com Lopes (2018) trabalhamos os aspetos da avaliação diagnóstica e da intervenção terapêutica, com Jean Watson e Rosemarie Rizzo Parse reconhecemos a importância de nos desenvolvermos enquanto instrumento terapêutico e com Madeline Leininger procurámos prestar cuidados culturalmente congruentes, que respeitassem a cultura e as práticas de vida de cada Cliente. Com certeza muitas outras teorias de enfermagem contribuíram para a nossa prestação de cuidados, no entanto, estas foram aquelas que tiveram maior influência nas nossas tomadas de decisão em enfermagem nestes 2 anos.

Como já referimos, todo este percurso também contribuiu para o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem. Neste contexto, sustentámo-nos em conhecimentos obtidos no CLE e aprofundámo-los construindo um conjunto de conhecimentos que pretendeu ser a base de desenvolvimentos originais, como o é a proposta de plano em apreço. Estas aprendizagens, que procuraram abarcar e integrar todos os padrões de conhecimento em enfermagem, foram aplicadas na resolução de problemas e na construção de soluções criativas e inéditas como o demonstrámos ao longo do texto nas relações terapêuticas estabelecidas, nas intervenções de grupo mediadas pelo cinema pela dança e na própria elaboração da proposta de



plano de intervenção. A capacidade de comunicar conclusões e achados de investigação foi descrita em sede própria, ficando por concluir a comunicação dos resultados preliminares da validação aos enfermeiros inquiridos e a sua publicação em revistas e eventos da especialidade.

Na verdade, iniciámos este relatório – e todo este percurso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP – para dar resposta a uma inquietação para tão só compreender que a inquietação permanece e que será ela a norteadora do nosso perpétuo processo de melhoria contínua da prática clínica especializada.

Longe de estar concluído, este processo de aquisição de competências de EEESMP e de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de ESMP agora ainda começa. Assumimos aqui o compromisso de continuar este desenvolvimento ao longo de todo o nosso percurso de vida. Nos anos que se seguem procuraremos continuar a desenvolver competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Procuraremos ainda deter um cada vez mais elevado conhecimento e consciência de nós próprios, desenvolver competência na assistência à pessoa, família e grupo ao longo do ciclo de vida na otimização da saúde mental, na ajuda à pessoa, também ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na recuperação da sua saúde mental e empenhar-nos-emos por prestar cada vez melhores cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida.

Este tem sido, e com certeza continuará a ser, um processo de desbravamento de fronteiras internas. Tal como tantas vezes já aqui o referimos, reconhecendo e assumindo o nosso papel como principal instrumento terapêutico na nossa prática, quer seja ela clínica, de ensino, de investigação ou de gestão, é com um sentido de missão que todos os dias procuraremos questionar-nos e faremos por analisar a nossa prática, construindo conhecimento pessoal, estético, empírico, ético e sócio-político.

É nesta garantia do direito do Cliente ao melhor cuidado possível e do nosso dever de o prestar vinculados à excelência – assegurada pelo artigo 109º do CDE – que podemos acreditar num verdadeiro processo de Vir a Ser Humano e de uma presença plena e autêntica nas relações terapêuticas que venhamos a estabelecer como EEESMP.



## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J.L.P. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Agostinho Baptista da Silva, G. (2005). *Textos e Ensaios Filosóficos de Agostinho da Silva*, Volume I. Lisboa: Âncora Editora.
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde (2018). *Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem*. Comissões de Curso dos Mestrados em Enfermagem.
- Almeida, A. F. (2012). Efeito de Werther. *Análise Psicológica*, 18(1), 37–51. Disponível em: <https://doi.org/10.14417/ap.420>, acessado a 6 de julho de 2020.
- Almeida, V. de C. F., Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Univesridade de São Paulo*, 39(2), 202–210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342005000200011>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Arendt, Hannah. (1983). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Armond, L. C.; Boemer, M. R. (2004). Convivendo com a hospitalização do filho adolescente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 924–932. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000600012>, acessado a 6 de julho de 2020.
- Azevedo, A.; Matos, A. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia da Saúde e Doenças*. 2014;15(01):180–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>, acessado a 22 de dezembro de 2019.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bardin, L.(2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Barker, P. (1998). The future of the Theory of Interpersonal Relations? A personal reflection on Peplau's legacy. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 5(3). 213-220 Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00128.x>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Barreto, M. J.; Rabelo, A. A. (2015). A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. *Pensando Famílias*, 19(2), 34–42. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.tel.2007.07.008>, acessado a 6 de julho de 2020
- Barros, P. D. Q. de; Pichelli A.; Ribeiro, K. C. S. (2017). Associação entre o consumo de drogas e a ideação suicida em adolescentes. *Mental*, 11(21), 304–320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-462x2013000200006>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Benner, Patricia. (2005) – *De iniciado a perito*. 2ª Ed. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-558-052-5
- Berg-Cross, L.; Jennings, P. & Baruch, R. (1990). Cinematherapy: Theory and Application. *Psychotherapy and Private Practice*. 8 (1). 135-157.
- Bozarth, J. (2002). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma Revolucionário*. Lisboa: Edual, Editora da Universidade Autónoma de Lisboa. ISBN: 972-8094-66-3.
- Braga, C. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. V.31(3) p. 498-516.
- Bulman, C.; Shutz, S. (2013). An Introduction to Reflection. In *Reflective Practice in Nursing*. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/466183>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Practice Oriented Theory*, 1, 13–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>, acessado a 18 de outubro de 2019.
- Cerqueira-Santos, E.; Neto, O.; Koller, S. (2014). *Adolescentes e Adolescências* In Habigzang, L. F., Diniz, E., & Koller, S. H.. *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Chalifour J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusociência.
- Cherian, S.; Karkada, S. (2017). A review on leadership in nursing. *International journal of nursing research and practice*; 4 (1) EISSN 2350-1324.

- Correia, S.A.F. (2014). *Intervenção de enfermagem com crianças que apresentam perturbação do comportamento numa unidade de internamento de psiquiatria da infância e adolescência*. Relatório do Trabalho de Projeto em Enfermagem apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Couto, M. (2013). *O outro pé da sereia*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Cox, G.; Hetrick, S. (2017). Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? And where? *Evidence Based Mental Health*. 20(2):35–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102667>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Czyz, E.K.; King, C.A.; Biermann, B.J. (2018). Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 2019;48(2):250–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1496442>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, Série I, nº 157 (2018). Acessado a 31 de dezembro de 2019.
- Direcção-geral de Saúde. (2013) *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in Sociology*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Galego, C.; Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*. 5. 173-184. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34900510>, acessado a 06 de julho de 2020.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem – Os Fundamentos à prática Profissional*. (4ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Góis, J.; Brites, R. (2004). O Self – A propósito de uma análise crítica do conceito. A pessoa como centro. *Revista de Estudos Rogerianos*. 11(12). 13-35.



- Golan, M.; Yaroslavsky, A.; Stein, D. (2009). Managing eating disorders: Countertransference processes in the therapeutic milieu. *International Journal of Child Health and Adolescent Health* 2(2): 213-226.
- Grime, M. M.; Wright, G. (2016). Delphi Method. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*, 1–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat07879>, acedido a 06 de julho de 2020.
- Guerra, M. P.; Lima, L.; Torres, S. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hazen, E., Schlozman, S.; Beresin, E. (2008) Adolescent psychological development: A review. *Pediatr* Ver. 29(5):161–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>, acedido a 03 de novembro de 2019
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jobes, D.A., Vergara, G.A., Lanzillo, E.C., Ridge-Anderson, A. (2019). The potential use of CAMS for suicidal youth: building on epidemiology and clinical interventions. *Child Heal Care*. 2019;48(4):444–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630279>, acedido a 5 de dezembro de 2019.
- Kennard, B., Goldstein, T.; Foxwell, A; McMakin, D (2019). As Safe As Possible (ASAP): A brief app-supported inpatient intervention to prevent post-discharge suicidal behavior in hospitalized, suicidal adolescents. *Physiological Behaviour*. 176(3):139–48.
- Le Boterf, G. (2006). Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60–63. Disponível em <http://www.guyleboterf-conseil.com/>, acedido a 10 de outubro de 2019.
- Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*, 1, 5–18.
- Leininger, M.; McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. EUA. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (2008). Overview of Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. Disponível em: <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>, acedido a 10 de outubro de 2019.



- Lopes, M. J. (2018). *Forming and Maintaining Interpersonal Relationships*. 247–257. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19), acessado a 10 de outubro de 2019.
- Machell, K.; Rallis, C.E.; Esposito-Smythers, C. (2016). Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Physiological Behaviour*. 176(1):139–48.
- Matel-Anderson, D.M.; Bekhet, A.K. (2016). Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. *Issues Mental Health Nursing*. 37(11):839–46.
- McBee-Strayer, S.M.; Thomas, G. V.; Bruns, E.M.; Heck, K.M.; Alexy, E.R.; Bridge, J.A. (2019) Innovations in Practice: Intensive crisis intervention for adolescent suicidal ideation and behavior – an open trial. *Child Adolescent Mental Health*. 24(4):345–9.
- McCabe R.; Garside R.; Backhouse A.; Xanthopoulou P. (2018) Effectiveness of brief psychological interventions for suicidal presentations: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 18(1):1–14.
- McEwan, E.; Willis, M. (2015). *Bases Teóricas de enfermagem*. São Paulo: Artmed. ISBN: 9788582712870
- Morais Nunes, A. (2018). Suicide in Portugal: Image of the country. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol 67(1):25–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>, acessado a 30 de outubro de 2019.
- Moreira, L. e Bastos, P. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão da literatura. In *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo. 19(3), Setembro/Dezembro.
- Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-47-9.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-67-7
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-86-4
- Novo, S., Galvão, A., Rodrigues, S. (2014). Relação de Ajuda e Intervenção Psicoterapêutica no Serviço de Urgência. *Novos Olhares na Saúde*. 1:978–989.

- O'Connor, R; Pirkis, E. (2016) *The International Handbook of Suicide Prevention* (2ªEd). Nova Jérсия: John Wiley and Sons.
- O'Kelly, G. (1998). Countertransference in the nurse-patient relationship: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 391–397. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00638.x>, acessado a 10 de dezembro de 2019.
- Oliva, V.; Vianna, A.; Neto, F. (2010) Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 37(3):138-44.
- Oliveira, A.; Amâncio, L.; Sampaio, D. (2001) Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. ;19(4):509–21.
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Preventing suicide*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento Dos Padrões De Qualidade Especializados Em Enfermagem De Saude Mental*. 1, 37. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004> acessado a 22 de setembro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Código Deontológico, Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>, acessado a 09 de junho de 2020
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Delegação – Tomada de posição*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018a). *Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº 151 de 7 de agosto de 2018; (Anexo I) :21427–30.
- Ordem dos enfermeiros (2018b). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, nº 140/2019, 2a série. Nº 140 de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750.
- Parast, L., Bardach, N.S., Burkhart, Q., Richardson, L.P., Murphy, J.M., Gidengil, C.A. (2018). Development of New Quality Measures for Hospital-Based Care of Suicidal Youth. *Academic Pediatrics*. 18(3):248–55.
- Parse, R. R. (1992). Theory of Human Becoming. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 35–42.
- Peplau, H. (1992). Interpersonal relations: a framework for application in nursing practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13–18. Disponível em: <https://doi.org/0803973233>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Peplau, H. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. Disponível em: [10.1177/089431849701000407](https://doi.org/10.1177/089431849701000407), acessado a 10 de outubro de 2019.
- Pereira, E. M. N. (2018). Vivência de Familiares Sobre Visita de Crianças e Adolescentes em UTI. *Revista Psicologia e Saúde*, 109–125.
- Peters, M.D.J., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. The Joanna Briggs Institute. Disponível em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Primananda, M.; Keliat, B.A. (2019) Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation in Adolescents. *Compr Child Adolesc Nurs* [Internet]. 42(sup1):179–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578439>, acessado a 06 de novembro de 2019.
- Prior, H.; Sousa, J. C. (2014). The structural transformation of the public and private | A mudança estrutural do público e do privado. *Observatorio*, 8, 1–16. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907261401&partnerID=MN8TOARS>, acessado a 10 de outubro de 2019.
- Rajamohan, S.; Sharkey, P.L.; Heavey, E. (2018). Therapeutic approaches for suicidal adolescents. *Nursing (Lond)*. 48(9):32–8.



- Rengasamy, M.; Sparks, G. (2019). Reduction of post discharge suicidal behavior among adolescents through a telephone-based intervention. *Psychiatric Service*. 70(7):545–52.
- Rogers, C. (2003). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Santos J.C.P.; Façanha J.; Gonçalves M.; Erse M.; Cordeiro R.; Façanha R. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, J.C.P., Erse, M; Façanha, J.; Marques, L; Simões, R. (2014). + Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: [file:///C:/Users/benat/Downloads/MAIS\\_CONTIGO.pdf](file:///C:/Users/benat/Downloads/MAIS_CONTIGO.pdf), acedido em 20 de junho de 2020
- Seal, F. (2004). Cinematherapy - unique psychotherapy technique. *Positive Health*, Junho.
- Sequeira, C. (2014). Editorial: Padrões de qualidade em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Special(1)*, 5–7. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0010>, acedido a 10 de outubro de 2019.
- Shaffer, D; Kipp, K. (2010). 8ª ed. *Developmental Psychology*. Georgia: Wadsworth, Cengage Learning. 13: 978-0-495-60171-5
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J., & Kroeger, K. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7 SUPPL.), 24S-51S. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>, acedido a 10 de outubro de 2019.
- Sharaf, A. Y.; Thompson, E. A.; El-Salam, H. F. A. (2016). Perception of Parental Bonds and Suicide Intent Among Egyptian Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*,



29(1), 15–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcap.12130>, acessado a 10 de outubro de 2019.

Suicide Prevention Resource Center; Rodgers P. (2011) Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide. 1–7

Universidade de Aveiro. (2015). *Citar e referenciar: estilo bibliográfico APA 6th*. Aveiro: Serviços de biblioteca, informação documental e museologia.

Villarreal-Otálora, T., Jennings, P., Mowbray, O. (2019). Clinical Interventions to Reduce Suicidal Behaviors in Hispanic Adolescents: A Scoping Review. *Res Soc Work Pract.* 29(8):924–38.

Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Winnicott, D. W. (2005). *A Família e o Desenvolvimento Individual*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

Yen, S., Fuller, A.K., Solomon, J., Spirito, A. (2014). Follow-up treatment utilization by hospitalized suicidal adolescents. *Journal of Psychiatric Practice*. 20(5):353–62.

Zimerman, A. C. A.; Zimerman, A.; Salum, G. A.; Passos, I. C.; Kieling, C. (2018). Revisiting the Werther Effect in the 21st Century: Bullying and Suicidality Among Adolescents Who Watched 13 Reasons Why. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(8), 610-613. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.02.019>, acessado a 6 de julho de 2020.

Zygo, M., Pawłowska, B., Potembska, E., Dreher, P., & Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(2), 329–336. Disponível em: <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>, acessado a 10 de outubro de 2019.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

### **Proposta de Plano de Intervenção junto do Adolescente com Ideação Suicida e/ou Tentativa de Suicídio**

## PLANO DE INTERVENÇÃO JUNTO DO ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO GRAVE





# Intervenções junto do adolescente

## Intervenções de Avaliação diagnóstica

### **Avaliar a circunstância conducente à ideação/ tentativa de suicídio (suicidal drive)**

- Recorrer a síntese narrativa que permita a descrição dos acontecimentos imediatos
- Avaliar fatores precipitantes e a sua permanência na vida do jovem
- Avaliar evolução do risco de suicídio
- Avaliar a existência de sentimentos de ambivalência
- Permanência da ideação suicida e do plano
- Avaliar acesso a meios letais

### **Avaliar fatores de risco e a sua permanência na vida do jovem, incluindo:**

- Perceção do jovem de relações familiares conflituosas
- Tentativas de suicídio prévias
- Relação com o grupo de pares
- Existência de bullying
- Auto-estima
- Alterações do processo construção da identidade
- Impulsividade
- Existência de distorções cognitivas
- Desesperança
- Presença e impacto da ansiedade no adolescente
- Relação com conexões cibernéticas e o seu impacto na vida do adolescente

### **Avaliar fatores protetores e a sua permanência na vida do jovem, incluindo:**

- Competências de relação interpessoal do jovem
- A existência de projetos futuros
- Capacidade de expressar sentimentos e pensamentos negativos
- Auto-eficácia em relação ao impacto dos fatores protetores
- Avaliar coesão familiar, envolvimento mútuo dos membros da família e grau de eficácia da comunicação

## Intervenções promotoras de fatores protetores

### **Intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais:**

- Psicoeducação em relação à depressão e ansiedade
- Psicoeducação em relação ao comportamento suicidário
- Psicoeducação em relação aos efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica farmacológica
- Psicoeducação para o desenvolvimento de estratégias de coping ajustadas
- Psicoeducação para a gestão emocional e auto-regulação
- Psicoeducação para a promoção da auto-estima
- Treino de competências sociais
- Treino de competências de resolução de problemas
- Desenvolvimento de estratégias de coping eficazes
- Intervir sobre o consumo de substâncias, impacto das redes sociais e trauma prévio

### **Intervenções de encaminhamento**

- Encaminhamento para psicoterapia
  - Terapia cognitivo-comportamental
  - Problem Solving Interpersonal Psychotherapy
  - Family-Based Attachment Therapy
- Encaminhamento para o apoio espiritual
- Encaminhamento para profissionais e serviços especializados e de acordo com as necessidades do indivíduo

## **APÊNDICE II**

### **Questionário de Validação da Proposta de Plano de Intervenção do EEESMP junto do Adolescente com Ideação Suidica e/ou Tentativa de Suicídio**

**Questionário relativo à proposta de plano de Intervenção junto do adolescente com ideação suicida  
com plano e/ou tentativa de suicídio**

O questionário refere-se à proposta de plano de intervenção em apêndice. Considere-o na resposta às questões da 2ª e 3ª secções do questionário.

Este documento composto por três secções:

1ª Secção: Questões relativas a dados demográficos e a experiência profissional

2ª Secção: Questões relativas a estrutura e organização geral do plano

3ª Secção: Questões relativas às intervenções propostas

**1ª PARTE - QUESTÕES RELATIVAS A DADOS DEMOGRÁFICOS E A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

1.1. Género

M	F
---	---

1.2. Idade

--

1.3. Contexto de exercício  
atual

Serviço de Internamento	Serviço de Urgência	Serviço de Ambulatório
-------------------------	---------------------	------------------------

profissional

1.4. Tempo de experiência profissional

--

1.5. Tempo de exercício como EEESMP

--

1.5. Tempo de exercício profissional em serviços de saúde mental na  
na adolescência

--

infância e

1.6. Contacto com adolescentes com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio

Nunca	Raras Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Diariamente
-------	-------------	---------------	--------------	-------------

1.7. Envolvimento em projetos na área do suicídio

SIM	NÃO
-----	-----

1.8. Produção e divulgação de investigação na área do suicídio

SIM	NÃO
-----	-----

## 2ª PARTE: QUESTÕES RELATIVAS A ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO GERAL DO PLANO

1. Concorda com a estrutura geral do plano ?

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

1.1. Aspetos que destaca pela positiva:

--

1.2. Aspetos a melhorar:

--

2. Concorda com a fundamentação e a teoria de enfermagem mobilizada?

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

2.1. Aspetos que destaca pela positiva:

--

2.2. Aspetos a melhorar e eventual proposta de outra teoria de enfermagem:

--

## 3ª PARTE: QUESTÕES RELATIVAS ÀS INTERVENÇÕES PROPOSTAS



## **Intervenções junto do adolescente**

### **1 Intervenções de avaliação diagnóstica**

#### *1.1. Avaliar a circunstância conducente à ideação/ tentativa de suicídio*

1.1.1. Recorrer a síntese narrativa que permita a descrição dos acontecimentos imediatos, determinar fatores precipitantes e a sua permanência na vida do jovem

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### *1.1.2. Avaliar evolução do risco de suicídio*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### *1.1.3. Avaliar existência de sentimentos de ambivalência e permanência da ideação suicida e do plano*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### *1.1.4. Avaliar acesso a meios letais*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

1.1.6. Que outra(s) intervenção(ões) sugere na avaliação da circunstância conducente à ideação/tentativa de suicídio:

--

#### *1.2. Avaliar fatores de risco e a sua permanência na vida do adolescente*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

1.2.1. Que fatores de risco identificados no plano destaca pela sua pertinência?

Intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de competências

Perceção do jovem de relações familiares conflituosas	
Tentativas de suicídio prévias	
Relação com o grupo de pares	
Existência de <i>bullying</i>	
Autoestima diminuída	
Alterações do processo construção da identidade	
Impulsividade	
Existência de distorções cognitivas	
Desesperança	
Presença e impacto da ansiedade no adolescente	
Relação com conexões cibernéticas e o seu impacto na vida do adolescente	
Relações familiares	

1.2.2. Que outros fatores de risco adicionaria a esta avaliação?

--

1.3. Avaliar fatores protetores

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

1.3.1. Que fatores protetores identificados destacaria pela sua pertinência?

Competências de relação interpessoal do jovem	
A existência de projetos futuros	
Capacidade de expressar sentimentos e pensamentos negativos	
Auto-eficácia em relação ao impacto dos fatores protetores	
Avaliar coesão familiar, envolvimento mútuo dos membros da família e grau de eficácia da comunicação	

1.3.2. Que outros fatores protetores adiciona a esta avaliação?

--

## 2. Intervenções terapeúticas promotoras de fatores protetores

### 2.1. *Intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais:*

#### 2.1.1. Psicoeducação em relação à depressão e ansiedade

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.2. Psicoeducação em relação ao comportamento suicidário

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.3. Psicoeducação em relação aos efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica farmacológica

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.4. Psicoeducação para o desenvolvimento de estratégias de coping ajustadas

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.5. Psicoeducação para a gestão emocional e auto-regulação

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.6. Psicoeducação para a promoção da auto estima

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

#### 2.1.7. Treino de competências sociais

Intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de competências

---

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

2.1.8. Treino de competências de resolução de problemas

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

2.1.9. Desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

2.1.10. Intervir sobre o consumo de substâncias, impacto das redes sociais e trauma prévio

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

2.1.11. Que outras intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais proporia?

--

**3. Intervenções junto da família**

3.1. *Avaliar conflitos familiares*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

3.2. *Promover psicoeducação para uma parentalidade positiva*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	-------------	----------	---------------------

3.2.1. Reforço positivo e coaching emocional



Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.2.2. Que outra intervenção para uma parentalidade positiva proporia?

--

3.3. *Promover psicoeducação sobre doença mental e comportamento suicidário*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.3.1. Impacto da depressão e da ansiedade no adolescente

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.3.2. Efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica antidepressiva e ansiolítica prescrita

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.3.3. Sinais e sintomas das crises suicidárias

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.3.4. Restrição do acesso a meios letais

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.3.5. Que outras intervenções de psicoeducação propõe?

--

3.4. *Promover treino de competências de comunicação e de resolução de problemas*

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

3.5. *Que outras intervenções junto da família propõe?*

--

**4. Intervenções para o plano de segurança**

4.1. Planear alta precocemente

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.2. Avaliar a segurança do ambiente habitual do jovem e desenvolver estratégias para a manutenção de um ambiente seguro

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.3. Executar entrevista motivacional que defina os objetivos para o adolescente e o ajude a desenvolver a motivação necessária para o construir e para utilizá-lo

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.4. Reestruturar a relação terapêutica e os novos papéis a desempenhar pelos intervenientes

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.5. Promover acompanhamento prolongado em ambulatório

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.6. Convocar a constelação de recursos ao alcance do jovem após a alta

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
------------------------	----------	-------------	----------	------------------------

4.7. Que outra(s) intervenção(ões) consideraria pertinente(s) na construção do plano de segurança?

--

5. Coloque aqui qualquer outra observação que considere pertinente na avaliação desta proposta de plano:

--

**FIM**

**Muito obrigada pela sua participação!**

### **APÊNDICE III**

#### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido distribuído aos enfermeiros inquiridos**



## **Consentimento informado, livre e esclarecido**

O comportamento suicidário no adolescente é um fenómeno com características específicas e que representa um intenso sofrimento do indivíduo. A ideação suicida com plano e a tentativa de suicídio são duas das suas formas mais graves de expressão e devem ser abordadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) de forma sistemática e centrada na relação terapêutica. Assim, no âmbito do curso de Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, propusemos elaborar uma proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio, em contexto hospitalar, quer seja no serviço de urgência, quer no serviço de internamento, quer no acompanhamento em ambulatório.

Esta proposta de intervenção teve por base uma revisão *scoping* de literatura, que lhe deu uma fundamentação teórica. O questionário que agora lhe apresentamos visa realizar uma primeira validação desta proposta de plano.

Assim, eu, Luiza Maria Pinheiro Benatti, mestranda do curso de Mestrado em Associação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica venho por este meio solicitar a sua colaboração enquanto EEESMP com experiência de prestação de cuidados ao adolescente com comportamento suicidário nesta validação.

Comprometo-me assegurar todos os princípios éticos da investigação, garantindo entre eles a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato da participação.

O produto desta validação será discutido em provas públicas e publicado em relatório de estágio.

Creia-me disponível para ceder qualquer informação que considere necessária através do número de telefone 939108842 e do e-mail [benatti.p.m.luiza@gmail.com](mailto:benatti.p.m.luiza@gmail.com).

A resposta a este questionário pressupõe a autorização para a participação na validação e para a utilização dos dados no relatório a que este diz respeito.

## **APÊNDICE IV**

### **Resultados preliminares da validação da proposta de plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio**

Da resposta aos questionários pelos 6 enfermeiros inquiridos, obtiveram-se os seguintes resultados:

Dados demográficos (Tabela 1):

Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Género	M	F	F	F	F	M
Idade	44	41	32	26	43	29
Contexto do exercício profissional actual	SI	SI	SI	SI	SI	SU
Tempo de experiência profissional	22	18	11	4	18	8
Tempo de exercício como EEESMP	7	8	1	1	1	1
Tempo de exercício profissional em serviços de saúde mental na infância e na adolescência	5	18	2	2	8	4
Contacto com adolescentes com ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio	4	5	4	5	4	5
Envolvimento em projetos na área do suicídio	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Produção e divulgação de investigação na área do suicídio	Não	Não	Não	Não	Não	Não

TABELA 1 – Dados demográficos da amostra

Questões relativas à estrutura geral do plano e à teoria de enfermagem mobilizada (Tabelas 2, 3 e 4).

Estrutura geral do plano	Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Média
	Concorda com a estrutura geral do plano ?	5	5	5	5	5	4	4,83
	Concorda com a fundamentação e a teoria de enfermagem mobilizada?	5	5	4	5	5	4	4,67

TABELA 2 – Respostas às questões relativas a estrutura e organização geral do plano

Intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de competências

	Unidades de Registo	Unidades de Contexto
E1	"Abrangência, clareza, abertura à particularidade de cada abordagem / pessoa / família"	Intervenção integrada
E2	"Intervenção integrada com o adolescente e família"	Intervenção integrada
E3	"São todos, nomeadamente, os conteúdos do Plano de Segurança"	Plano de segurança
E4	"A necessidade que foca na prevenção através dos vários factores descritos"	Foco na prevenção
E5	"O envolvimento da família e o foco na psicoeducação com o propósito do empoderamento dos jovens e suas famílias"	Intervenção integrada Foco na prevenção
E6	"Trabalhar fatores protetores"	Foco na prevenção

TABELA 3 – Respostas à questão 1.1. Aspetos que destaca pela positiva

Id.	Unidades de Registo
E1	A pertinência dos conceitos da teoria na relação terapêutica em necessária profundidade com o adolescente em crise suicidária.
E2	O foco na relação terapêutica é nas suas várias etapas dando um sentido de continuidade essencial nesta problemática em específico
E3	Perspetiva Holística
E5	A importância dada ao papel da família nas mudanças de comportamento

TABELA 4 – Resposta à questão 2.1 Aspetos que destaca pela positiva na mobilização da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, tal como está mobilizada neste plano de intervenção junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio.

Respostas às questões relativas à avaliação da circunstância conducente à ideação suicida com plano e/ou tentativa de suicídio (Tabela 5):

	Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Média
Avaliação do suicidal drive	Avaliar a circunstância conducente à ideação/ tentativa de suicídio	5	5	5	5	5	5	5,00
	Recorrer a síntese narrativa que permita a descrição dos acontecimentos imediatos, determinar fatores precipitantes e a sua permanência na vida do jovem	5	5	5	3	5	5	4,67
	Avaliar evolução do risco de suicídio	5	5	5	5	5	5	5,00
	Avaliar existência de sentimentos de ambivalência e permanência da ideação suicida e do plano	5	5	5	5	5	5	5,00
	Avaliar acesso a meios letais	5	5	5	5	5	4	4,83

TABELA 5 – Respostas relativas à questão 1.1 de avaliação diagnóstica: avaliação da circunstância conducente à ideação/ tentativa de suicídio do adolescente.



Resposta às questões relativas à análise das intervenções terapêuticas promotoras de fatores protetores, ainda junto do adolescente (Tabela 6).

Intervenções terapêuticas promotoras dos fatores protetores	Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Média
	Psicoeducação em relação à depressão e ansiedade	5	5	5	4	5	4	4,67
	Psicoeducação em relação ao comportamento suicidário	5	5	5	4	5	4	4,67
	Psicoeducação em relação aos efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica farmacológica	5	5	5	4	4	4	4,50
	Psicoeducação para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> ajustadas	5	5	5	5	5	4	4,83
	Psicoeducação para a gestão emocional e auto-regulação	5	5	5	5	5	4	4,83
	Psicoeducação para a promoção da auto estima	5	5	5	5	5	4	4,83
	Treino de competências sociais	5	5	5	4	5	3	4,50
	Treino de competências de resolução de problemas	5	5	5	5	5	5	5,00
	Desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> eficazes	5	5	5	5	5	5	5,00
	Intervir sobre o consumo de substâncias, impacto das redes sociais e trauma prévio	5	5	5	4	5	2	4,33

TABELA 6 – Respostas relativas às intervenções terapêuticas promotoras de fatores protetores do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio

Respostas às questões relativas à intervenção junto da família (Tabela 7).

Intervenção junto da família	Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Média
	Avaliar conflitos familiares	4	5	5	5	5	5	4,83
	Promover psicoeducação para uma parentalidade positiva	3	5	5	5	5	5	4,67
	Reforço positivo e coaching emocional	3	5	5	5	5	4	4,50
	Promover psicoeducação sobre doença mental e comportamento suicidário	2	5	5	5	5	4	4,33
	Impacto da depressão e da ansiedade no adolescente	5	5	5	5	5	4	4,83
	Efeitos terapêuticos e secundários da terapêutica antidepressiva e ansiolítica prescrita	4	5	5	5	5	3	4,50
	Sinais e sintomas das crises suicidárias	3	5	4	5	5	5	4,50
	Restrição do acesso a meios letais	4	5	4	5	5	3	4,33
	Promover treino de competências de comunicação e de resolução de problemas	3	5	5	5	5	5	4,67

TABELA 7 – Respostas relativas à intervenção junto da família do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio

Questões relativas ao Plano de Segurança (Tabela 8):

Intervenções para o plano de segurança	Identificação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Média
	Planear alta precocemente	5	4	4	5	5	4	4,50
	Avaliar a segurança do ambiente habitual do jovem e desenvolver estratégias para a manutenção de um ambiente seguro	5	5	5	5	5	3	4,67
	Executar entrevista motivacional que defina os objetivos para o adolescente e o ajude a desenvolver a motivação necessária para o construir e para utilizá-lo	5	5	5	5	5	5	5,00
	Reestruturar a relação terapêutica e os novos papéis a desempenhar pelos intervenientes	5	5	5	5	5	5	5,00
	Promover acompanhamento prolongado em ambulatório	5	5	5	5	3	5	4,67
	Convocar a constelação de recursos ao alcance do jovem após a alta	5	5	5	5	5	5	5,00

TABELA 8 – Respostas relativas às intervenções para o plano de segurança do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio

## **APÊNDICE V**

### **Fundamentação da intervenção terapêutica em grupo mediada pelo cinema**

## O Cinema enquanto mediador terapêutico

Há mais de um século que o cinema faz parte da história da humanidade e sem que se estruture qualquer sessão, o cinema permite ao espetador vivenciar emoções e refletir sobre situações e comportamentos. É neste potencial que se fundamenta a cinematerapia. Berg-Cross, Jennings e Baruche (1990) defendem que a cinematerapia evoluiu a partir da biblioterapia, em que o terapeuta propõe a utilização de uma história para aceder à história do Cliente e promover momentos de descoberta através da colocação da sua vivência em suspenso. Com o recurso ao cinema, o Cliente pode olhar para a vida de uma personagem, para as suas escolhas e fazer a ponte com a sua própria experiência, nesta posição em que se coloca em perspetiva. Se na biblioterapia o recurso é apenas o texto, no cinema há acesso ao som - e à música que poderá promover uma vivência emocional mais intensa - e à imagem, além da história.

Esta ideia também é defendida por Seal (2004), pois para este autor o Cliente pode visualizar o filme colocando-se, mais uma vez, em perspetiva, olhando para o filme na posição de observador, naquilo que o ator refere como *“special conscience awareness”* (Seal, 2004, p. 9) e que poderá ser traduzido como uma tomada de consciência especial em que o Cliente observa os seus próprios processos mentais quando exposto a uma experiência semelhante à sua, mas que não é a sua. Este processo permite o distanciamento necessário para que o sujeito se coloque em causa, se observe e compreenda o porquê e o como da mudança aparentemente necessária. No que à mudança de comportamento diz respeito, Seal (2004) avança ainda afirmando que através da visualização do filme com esta tomada de consciência especial, o Cliente pode olhar para o comportamento que compromete a sua funcionalidade e que deseja mudar com o foco no processo e nem tanto no conteúdo. Ou seja, se de um indivíduo com baixa tolerância à frustração e irritabilidade se trate, este pode analisar o processo da escalada de violência, o que o determina e como o gere, conseguindo afastar-se do seu conteúdo ou razão associada (Seal, 2004), reduzindo então a carga emocional (raiva) da escalada de violência.

A terapia pelo cinema, ainda segundo Seal (2004) promove a modelagem do comportamento, pois permite que o indivíduo observe personagens com problemas semelhantes aos seus, identificando-se e conhecendo formas diferentes de abordagem. O cinema permite ainda analisar as consequências de comportamentos semelhantes aos seus que percebe como comprometedores da sua funcionalidade pessoal, social e profissional. Além disto, o cinema pode também ter um efeito catártico, pois tem o poder de evocar emoções (alegria, tristeza, raiva, etc), colocando o Cliente em contacto, de forma ativa, com determinadas emoções que o próprio ou o terapeuta consideram necessários no seu processo terapêutico e que podem desencadear uma vivência emocional intensa. Esta orientação da intervenção pode causar



uma mudança de humor necessária, reduzir a ansiedade ou mitigar a raiva. Pode conduzir o indivíduo às vivências primitivas que subjazem a determinado comportamento.

Relativamente aos aspetos práticos desta intervenção, Seal (2004) propõe que a sessão de terapia pelo cinema se desenrole em 3 partes: a preparação, a visualização/vivência e a reflexão/construção da experiência. Na **preparação** o indivíduo deverá centrar-se na sua experiência atual, prepara a mente para este *aweriness* (tomada de consciência, atitude desperta e atenta) em que o indivíduo se foca nas suas sensações atuais e nos seus pensamentos, devendo afastar tudo aquilo que se mostre indutor de juízos críticos. Esta é uma etapa muito semelhante ao processo de meditação, em que o indivíduo procura a atenção plena no agora, na sua experiência imediata, livre de interpretação.

Na **visualização**, esta consciência inicial deve manter-se, o indivíduo deve olhar para os pensamentos que surgem, para as emoções que vive e a sua resposta física a estas, mas mantendo uma atitude de curiosidade e não de juízo crítico. Esta visualização pode ser interativa, em que o terapeuta trabalha com o indivíduo durante a visualização do filme aspetos importantes e emoções sentidas. Na existência de emoções avassaladoras, o autor propõe que se interrompa a sessão, não só pela necessidade de trabalhar a intensidade da experiência através do acesso à palavra e ao diálogo (ou outros mediadores), mas também pelo eventual prejuízo que a continuação da sessão pode causar nestas circunstâncias.

Na **reflexão** sobre o filme, devem ser evitados comentários ou reflexões sobre a qualidade do filme enquanto entretenimento, devendo toda a atenção centrar-se no Cliente/expetador que é foco da intervenção. Para esta etapa, o autor propõe a respostas a estas questões:

- Lembra-se das emoções que sentiu durante o filme? Lembra-se das respostas físicas que surgiram? Há alguma experiência na sua vida diária que provoque experiências semelhantes?
- Lembra-se do que mais gostou? Do que não gostou? Ou do que odiou no filme? Que personagens ou ações achou particularmente positiva ou negativamente ressonantes?
- Identificou-se com alguma personagem?
- Há algum comportamento observado que gostaria de replicar na sua vida? Há alguma capacidade/força que também gostaria de desenvolver?
- Algum aspeto do filme foi particularmente difícil de observar? Esta dificuldade poderá estar associada a uma experiência de vida?
- Algum aspeto do filme teve um especial impacto em si?

Estas questões permitem não só analisar o impacto do filme no indivíduo, como também as experiências que estejam por trás deste impacto e que moldam a sua personalidade e a sua estrutura psíquica.

Procurando compreender a eficácia, os efeitos e os objetivos desta abordagem, Oliva, Vianna e Neto (2010), através da revisão sistemática da literatura que fizeram, atribuem à terapia pelo cinema a possibilidade de promover a auto-crítica do indivíduo, assim como trabalhar problemáticas abordadas no processo terapêutico. Através do cinema o indivíduo é exposto, sempre nesta condição de perspectiva, a situações semelhantes à sua mas que divergem em muito dos seus comportamentos habituais, ou que pelo menos têm consequências diferentes. A vivência da personagem faz ressonância na própria vivência do Cliente.

Para Oliva, Vianna e Neto (2010), o cinema, além de melhorar a relação entre o paciente e o terapeuta, pois engrandece o vocabulário do próprio e o de ambos - que pode então incluir imagens -, como também permite a criação de metáforas terapêuticas que criam a distância estritamente necessária para que o Cliente analise o seu, ou seus, problema sem nunca deixar de ser quem é, mas também olhando para uma vivência que não é a sua. Oliva, Vianna e Neto (2010) continuam nesta defesa do cinema, afirmando que os objetivos da intervenção podem incluir a expressão emocional, a reformulação de problemas, a apresentação de modelos de comportamento, a promoção da esperança e o desenvolvimento da comunicação.

Ao utilizar-se o cinema num processo psicoterapêutico, é importante que se lhe atribua um método que possa ser replicado e que potencie a experiência desta relação. Assim, citando Tyson et al (2000), Oliva, Vianna e Neto (2010) descrevem o processo terapêutico da utilização do cinema através das seguintes etapas: em primeiro a **dissociação**, em que o indivíduo percebe o problema das personagens como distantes dos seus, em segundo a **identificação**, em que o indivíduo reconhece e se identifica com capacidades, dificuldades e estratégias de algumas personagens, o terceiro é a **internalização** em que o indivíduo desenvolve uma experiência vicariante, com tendência à replicação do comportamento, com a experiência das personagens e por último o quarto momento, o de **transferência** em que o indivíduo consegue analisar as experiências emocionais vividas e integrá-las na sua estrutura psíquica e experiência de vida, atingindo um determinado patamar do seu processo terapêutico.

Por exemplo, tratando-se de filmes específicos, como *Shine* ou *Melhor é impossível* que abordam os transtornos sociais e as perturbações obsessivo-compulsivas, respetivamente, o indivíduo poderia receber informação sobre a sua doença mental, definir objetivos para o seu tratamento e potenciar a adesão ao processo terapêutico (Oliva, Vianna e Neto 2010). Através do cinema o indivíduo estaria não só a examinar com maior pormenor determinado aspeto da sua vivência, como estaria a desenvolver estratégias para trabalhá-la ou aprender a viver com ela.

Enquanto evidência, o cinema comprova a sua eficácia mediante a utilização de algumas técnicas da psicoterapia cognitivo-comportamental, tais como a exposição, a discriminação de estímulos (que

promove a auto-crítica), o condicionamento vicário (ou modelagem), o treino de competências sociais, a análise do comportamento de fuga, o registo de pensamentos disfuncionais, a promoção da autoeficácia, a psicoeducação e o treino da resolução de problemas. Estando estas técnicas suportadas na evidência relativamente à psicoterapia cognitivo-comportamental, importa conhecer o seu impacto numa abordagem mais humanista e de menor tensão gerada. Se se pensar num processo que se desenvolva num período mais longo e em que o indivíduo não está perto do terapeuta durante a visualização do filme, há determinados aspetos que poderão precisar de intervenção imediata e que não o vão ter, assim como haverá determinadas viências, mais ou menos intensas, que poderão não vir a ser trabalhadas pois o terapeuta não as terá achado relevantes e o Cliente não quis ou esqueceu-se de abordar. Esta intervenção de menos tensão e tendencialmente humanista procurará encontrar significado na experiência do Cliente e nem tanto provocar a mudança. Todavia, a eficácia do cinema nesta perspetiva ainda está insuficientemente documentada e estudada.

A escolha dos filmes deve obedecer a alguns critérios, segundo Arantes (2014). Para esta autora, os filmes deverão ter histórias atrativas que motivem o indivíduo (é importante, por exemplo, que se conheçam e privilegiem os gostos cinematográficos do indivíduo), histórias retratadas com realismo e próximas à vivência dos indivíduos e deverão ter desfechos positivos que promovam a esperança.

Quanto aos contextos de intervenção, o cinema pode ser utilizado em intervenção individual, em grupo e familiar, consoante o tipo de abordagem pretendida (Oliva, Vianna e Neto, 2010).

#### **Referências Bibliográficas:**

- Arantes, C. (2014). **Cinematrapia: uma proposta psicoeducativa segundo a teoria de Jeffrey Young**. Tese de mestrado. Universidade Federal da Uberlândia.
- Berg-Cross, L.; Jennings, P.; Baruch, R. (1990). Cinematherapy: Theory and Application. **Psychotherapy and Private Practice**. 8 (1). 135-157.
- Oliva, V. Vianna, A., Neto, F. (2010) Cinematrapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 37(3):138-44.
- Rogers, C. (2003). **Terapia centrada no cliente**. Lisboa: Edual - Editora da Universidade Autónoma de Lisboa
- Seal, F. (2004). Cinematherapy - unique psychotherapy technique. *Positive Health*, Junho.

## **APÊNDICE VI**

### **Plano de Sessão de Intervenção Terapêutica de Grupo mediada pelo Cinema**



Intervenção do EEESMP junto do adolescente com ideação suicida e/ou tentativa de suicídio  
– Um processo de desenvolvimento de competências

**“A ansiedade, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a anorexia nervosa e o conflito com os pais”**

Filme: “The road within”



<b>Título:</b> O papel das relações sociais na doença mental	<b>Data:</b>
<b>Dinamizadores:</b> EEESMP	<b>Local:</b> UIPIA
<b>Participantes:</b> Jovens internados na UIPIA	<b>Duração da Sessão:</b> 150min
<b>Objetivo:</b> No final da atividade pretende-se que os formandos reflitam sobre o processo de doença mental, sobre o papel das relações sociais na doença mental, assim como dos conflitos com os pais.	

<b>Filme</b>	A estrada interior	
<b>Título Original</b>	The road within	
<b>Realizador</b>	Gren Wells	Tempo: 140 minutos
<b>Sinopse</b>	<p>Vincent é um rapaz de 18 anos, com diagnóstico de síndrome de Tourette e que perdeu a mãe recentemente. Numa relação complicada com o pai e com o agravamento dos sintomas, Vincent é internado numa clínica pouco convencional. Nesta clínica conhece Alex, um rapaz com POC de limpeza e Marie, uma jovem com anorexia nervosa.</p> <p>Juntos embarcam numa viagem de descoberta de si próprios e das suas relações na tentativa de Vincent atirar as cinzas da mãe ao oceano.</p> <p>Nesta viagem os três conhecem-se melhor uns aos outros e enquanto Vincent e Alex melhora da sua condição, Marie entra numa espiral descendente de auto-destruição. É no percurso até à conclusão que os três jovens se conhecem a si próprios, compreendem os seus limites e os seus pontos fortes.</p>	
<b>Intencionalidade terapêutica</b>	Promover a reflexão sobre o adoecer psíquico e o papel das relações sociais.	

**Plano de sessão:**

Etapa	Objetivo	Descrição da atividade	Recursos	Duração
Apresentação	Apresentação da intervenção fazendo referência aos principais conceitos e objetivos	Partilhar/fornecer informação relativa aos principais fundamentos nos quais se baseia a atividade em questão.	Enfermeiros	5min
Visualização do filme	<p>Promover a vivência emocional durante a visualização do filme</p> <p>Refletir sobre o papel das relações sociais no adoecer psíquico</p> <p>Refletir sobre o papel do conflito parental no processo saúde-doença</p> <p>Refletir sobre o papel dos pares na modulação de comportamentos</p> <p>Promover a reflexão sobre o processo de doença na anorexia nervosa</p>	Visualização do filme mediando possíveis intercorrências do grupo durante a mesma.	<p>Enfermeiros</p> <p>Filme</p> <p>Projector</p> <p>Computador</p>	100 min
Discussão da mensagem	<p>Encorajar a expressão de sentimentos e crenças</p> <p>Ensinar sobre a doença mental, as relações sociais, os processos terapêuticos e a construção de estratégias.</p>	Num ambiente de confiança e aceitação promover uma livre circulação de ideias acerca das mensagens principais retidas após a visualização do filme.	<p>Enfermeiros</p> <p>Guião de partilha de ideias</p>	15min

Guião para discussão:

1. Conseguem identificar a ou as emoções que sentiram com maior força durante o filme?
2. Qual o momento que mais gostaram do filme?
3. Qual o momento que mais vos marcou?
4. Houve algum momento particularmente difícil?
5. Existe alguma personagem com que se identifiquem?
6. Observaram alguma competência/força que gostariam de desenvolver?
7. Como interpretam a relação entre o Vincent e o Pai?
8. Ao longo do filme que mudanças observam nos três personagens? Que significado atribuem às mudanças observadas?
9. Porque é que o Vincent queria tanto atirar as cinzas da mãe para o oceano? Que significados encontram neste desejo?
10. Pensando sobre as relações entre os 3 protagonistas, qual o seu impacto nos processos de saúde-doença dos 3?
11. Como interpretam a reação do Vincent e do Alex ao internamento final da Marie? Que sentimentos vos gerou?

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

**Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Dimensões do processo de envelhecimento bem-sucedido na pessoa idosa” no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**

# Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

**Luíza Benatti**

**apresentou** a Comunicação Oral Livre “Dimensões do processo de envelhecimento bem-sucedido na pessoa idosa” no dia 31 de Outubro de 2019 da autoria de **Ana Vieira, Bruno Fortes, Diana Carrão, Irene Ribeiro, Luíza Benatti e Vera Silva**, no **X Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.

**Porto, 31 de Outubro de 2019**



Presidente do Congresso

P'la Comissão Científica

*Carlo Savary*  
*Luíza Benatti*

**A SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)  
[www.aspesm.org](http://www.aspesm.org)

## **ANEXO II**

**Certificado de Apresentação da Comunicação Livre “Intervenções Paliativas desenvolvidas pelos enfermeiros, à pessoa com demência avançada, no contexto hospitalar” nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo**

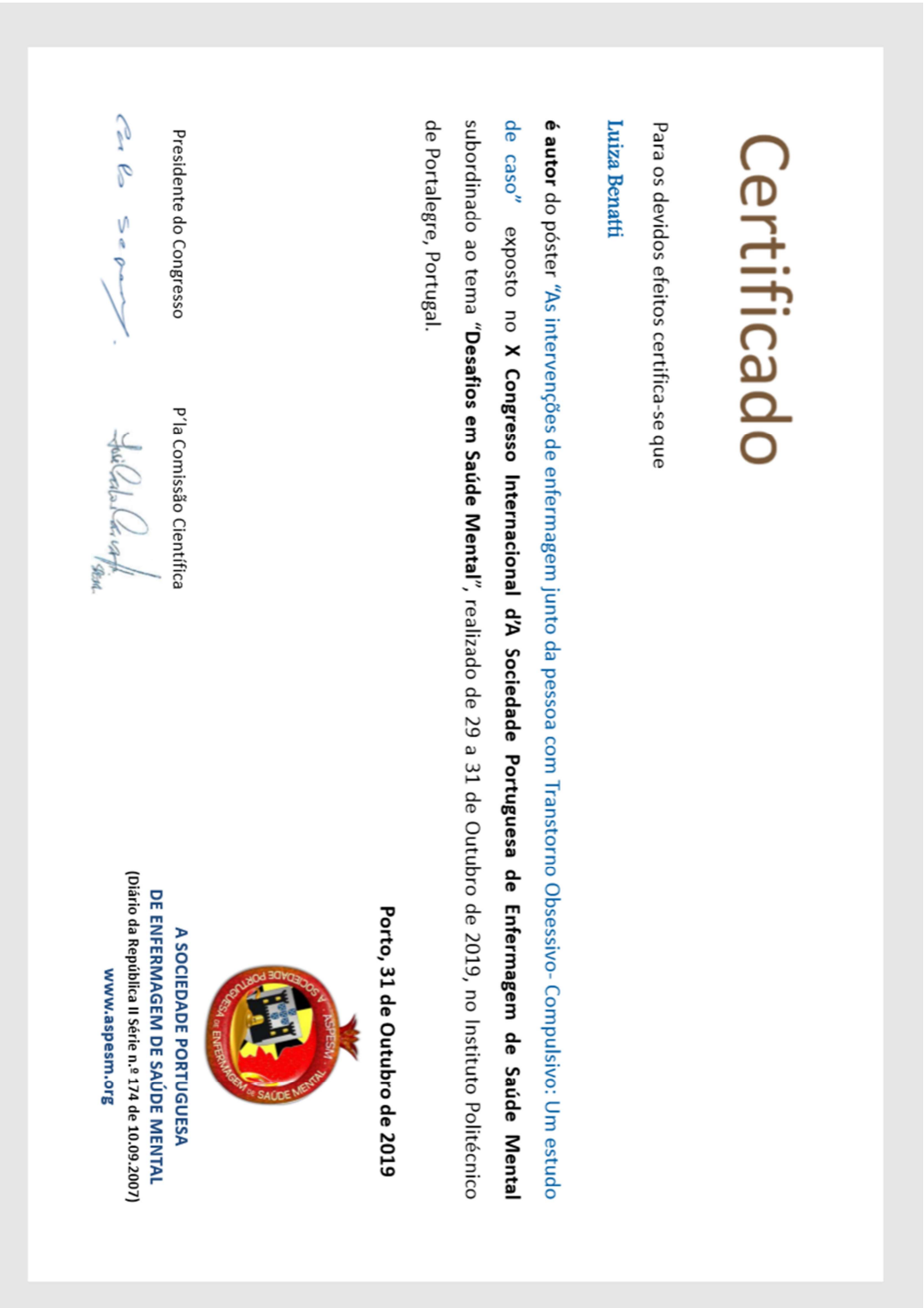






### **ANEXO III**

**Certificado de apresentação do Póster “As intervenções de enfermagem junto da pessoa com Transtorno Obsessivo- Compulsivo: Um estudo de caso”, no X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**



## **ANEXO IV**

**Certificado de preletora na Mesa “Psico-oncologia dos afetos” com o tema “Os Afetos nos Cuidados Paliativos”, nas Primeiras Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo**



